



This is a digital copy of a book that was preserved for generations on library shelves before it was carefully scanned by Google as part of a project to make the world's books discoverable online.

It has survived long enough for the copyright to expire and the book to enter the public domain. A public domain book is one that was never subject to copyright or whose legal copyright term has expired. Whether a book is in the public domain may vary country to country. Public domain books are our gateways to the past, representing a wealth of history, culture and knowledge that's often difficult to discover.

Marks, notations and other marginalia present in the original volume will appear in this file - a reminder of this book's long journey from the publisher to a library and finally to you.

Usage guidelines

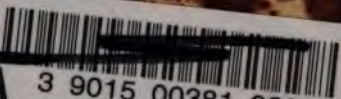
Google is proud to partner with libraries to digitize public domain materials and make them widely accessible. Public domain books belong to the public and we are merely their custodians. Nevertheless, this work is expensive, so in order to keep providing this resource, we have taken steps to prevent abuse by commercial parties, including placing technical restrictions on automated querying.

We also ask that you:

- + *Make non-commercial use of the files* We designed Google Book Search for use by individuals, and we request that you use these files for personal, non-commercial purposes.
- + *Refrain from automated querying* Do not send automated queries of any sort to Google's system: If you are conducting research on machine translation, optical character recognition or other areas where access to a large amount of text is helpful, please contact us. We encourage the use of public domain materials for these purposes and may be able to help.
- + *Maintain attribution* The Google "watermark" you see on each file is essential for informing people about this project and helping them find additional materials through Google Book Search. Please do not remove it.
- + *Keep it legal* Whatever your use, remember that you are responsible for ensuring that what you are doing is legal. Do not assume that just because we believe a book is in the public domain for users in the United States, that the work is also in the public domain for users in other countries. Whether a book is still in copyright varies from country to country, and we can't offer guidance on whether any specific use of any specific book is allowed. Please do not assume that a book's appearance in Google Book Search means it can be used in any manner anywhere in the world. Copyright infringement liability can be quite severe.

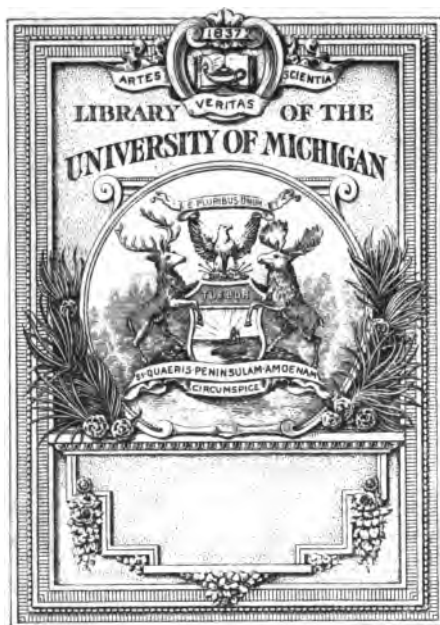
About Google Book Search

Google's mission is to organize the world's information and to make it universally accessible and useful. Google Book Search helps readers discover the world's books while helping authors and publishers reach new audiences. You can search through the full text of this book on the web at <http://books.google.com/>



A 3 9015 00381 030 9
University of Michigan - BUHR

Vol. 111. ann. 1884 contin.

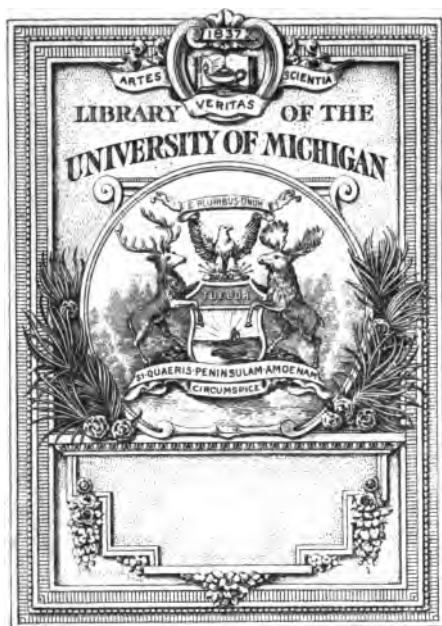


610, 5

S678

A53

Vol. no. annu. 1894 complete



610, 5
S678
A53

BULLETINS
DE LA
SOCIÉTÉ ANATOMIQUE
DE PARIS.

29^e ANNÉE. — 1854.

Ces Bulletins renferment le recueil d'anatomie pathologique le plus complet qui existe ; on y trouve l'exposé de tous les cas intéressants observés depuis vingt-huit ans dans tous les hôpitaux de Paris : tous les faits ayant été discutés au sein de la Société, offrent un degré d'authenticité qu'on chercherait en vain dans d'autres recueils.

Ces Bulletins paraissent le dernier vendredi de chaque mois, par cahier de 32 pages. Le prix de l'abonnement annuel est de 6 fr. pour Paris, et 7 fr. 50 pour les départements.

La collection de 1826 à 1853, 28 vol. in-8. 144 fr.

Il existe quelques années séparées qu'on peut se procurer à raison de 3 fr. les 8 premières et les autres à 6 fr. chaque.

Librairie médicale de Germer Baillière.

- BARTHEZ et RILLIET.** Traité clinique et pratique des maladies des enfants. 1833-54, 5 vol. in-8, 2^e édit. considérablement augmentée. 23 fr.
- BECQUEREL et RODIER.** Traité de chimie pathologique appliquée à la médecine pratique. 1834, 1 vol. in-8 broché. 7 fr.
- BÉRAUD.** Manuel de physiologie humaine et des principaux vertébrés, répondant à toutes les questions physiologiques du programme des examens de fin d'année, revu par M. ROBIN, agrégé de la Faculté de médecine de Paris. 1833, 1 vol. gr. in-18. 8 fr.
- CHOMEL.** Leçons de clinique médicale faites à l'Hôtel-Dieu de Paris, recueillies et publiées sous ses yeux par MM. les docteurs GENEST, REQUIN et SESTIER. 1834-1840, 5 vol. in-8. 21 fr.
- DESMARRES.** Traité théorique et pratique des maladies des yeux. 1834, 2^e édition. 2 vol. in-8 avec figures. 15 fr.
- DEVERGIE (Alph.).** Médecine légale, théorique et pratique, avec le texte et l'interprétation des lois relatives à la médecine légale, revus et annotés par DEHAUSSE DE ROBECOURT, conseiller à la Cour de cassation. 5^e édit., 1852, 3 vol. in-8. 23 fr.
- DUPUYTREN.** Leçons orales de clinique chirurgicale faites à l'Hôtel-Dieu de Paris, recueillies et publiées par MM. BRIERE DE BOISMONT et MARX. 2^e édition, 1839, 6 vol. in-8. 14 fr.
- DURAND-FARDEL.** Traité pratique des maladies des vieillards. 1834, 1 fort vol. in-8. 9 fr.
- GINTRAC.** Cours théorique et pratique de pathologie interne et de thérapeutique médicale. 1833, 3 vol. in-8. 21 fr.
- JACQUEMIER.** Manuel des accouchements et des maladies des femmes grosses et accouchées, contenant les soins à donner aux nouveaux-nés. 1846, 2 vol. gr. in-18 de 1520 pag., avec 63 figures. 9 fr.
- JAMAIN.** Nouveau traité élémentaire d'anatomie descriptive et de préparations anatomiques, suivi d'un précis d'*Embryologie*, par M. Verneuil, professeur de la Faculté de médecine de Paris. 1853, 1 vol. gr. in-18 avec 146 figures dans le texte. 12 fr.
- JAMAIN.** Manuel de petite chirurgie, contenant les pansements, les bandages, les appareils de fractures, les pessaires, les bandages herniaires, les ponctions, les vaccinations, les incisions, la saignée, les ventouses, le phlegmon, les abcès, les plaies, les brûlures, les ulcères, le cathétérisme, l'extraction des dents, les agents anesthésiques, etc. 2^e édition entièrement refondue. 1 vol. gr. in-18 avec 489 figures dans le texte, 1853. 6 fr.
- NELATON.** Éléments de pathologie chirurgicale. 1844-1854, 3 vol. in-8. 22 fr.
- REQUIN.** Éléments de pathologie médicale. 1843-1852, 3 vol. in-8. 22 fr.
- VELPEAU.** Leçons orales de clinique chirurgicale faites à l'hôpital de la Charité, recueillies et publiées par MM. JEANSELME et P. PAVILLON. 1840-41, 3 vol. 21 fr.

BULLETINS

DE LA

74365-

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE DE PARIS,

RÉDIGÉS PAR MM.

BELL, P. ET A. BÉRARD, BOURDON, BROCA,
CHASSAIGNAC, DEMARQUAY, DENUCÉ, DEVILLE, FORGET,
FOUCHER, GIRALDÈS, GOSSELIN, LENOIR, LEUDET, LIVOIS, MARÉCHAL,
MERCIER, PIGNÉ, RICHARD, ROYER-COLLARD, SESTIER,
A. TARDIEU, THIBAUT, VALLEIX, VIGLA.

29^e ANNÉE,

RÉDIGÉE PAR M. LE DOCTEUR BAUCHET, SECRÉTAIRE.

PARIS.

GERMER BAILLIÈRE, LIBRAIRE-ÉDITEUR,
17, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE.

LONDRES,
H. BAILLIÈRE, 249, Regent-Street.

NEW-YORK,
CH. BAILLIÈRE.

1854.

1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10. 11. 12. 13. 14. 15. 16. 17. 18. 19. 20. 21. 22. 23. 24. 25. 26. 27. 28. 29. 30. 31. 32. 33. 34. 35. 36. 37. 38. 39. 40. 41. 42. 43. 44. 45. 46. 47. 48. 49. 50. 51. 52. 53. 54. 55. 56. 57. 58. 59. 60. 61. 62. 63. 64. 65. 66. 67. 68. 69. 70. 71. 72. 73. 74. 75. 76. 77. 78. 79. 80. 81. 82. 83. 84. 85. 86. 87. 88. 89. 90. 91. 92. 93. 94. 95. 96. 97. 98. 99. 100.

— 22 —

~~CONFIDENTIAL - SECURITY INFORMATION~~

PAGE 11

EXISTENCE AND NON-EXISTENCE OF A STATE

[The page contains extremely faint, illegible text, likely bleed-through from the reverse side.]

CONFIDENTIAL

[illegible]

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

XXIX^e ANNÉE.

Bulletin N^o 1. — Janvier 1854.

RÉDIGÉ

PAR M. LE DOCTEUR BAUCHET, SECRÉTAIRE.

SOMMAIRE.

Extrait des procès-verbaux des séances de la Société.

1. Tumeur cancéreuse du voile du palais. — 2. Végétation sur la luette ; kyste pileux au-dessus du sourcil ; tumeur lymphatique de la verge. — 3. Cancer de la grande courbure de l'estomac. — 4. Dilatation des bronches ; pneumonie chronique. — 5. Fractures de côtes. — 6. Muscle supplémentaire à la face dorsale de la main. — 7. Gravelle biliaire. — 8. Polyypes muqueux des fosses nasales. — 9. Utérus bicorne. — 10. Scarlatine hémorrhagique. — 11. Foie énorme ; arthrite vertébrale. — 12. Fœtus monstrueux. — 13. Kystes des ovaires ; cancer du gros intestin. — 14. Kystes des ovaires chez un enfant nouveau-né. — 15. Tubercules miliaires des poumons, de la rate ; petits kystes du foie. — 16. Rate petite et d'une consistance fibro-cartilagineuse. — 17. Gravelle biliaire. — 18. Kyste hydatique du foie, ouvert dans l'estomac. — 19. Absence de canal médullaire du tibia : deux petites cavités contenant de la matière médullaire ; rein tuberculeux. — 20. Cancer de l'estomac ; plaie (par arme à feu) de la vessie. — 21. Névrome. — 22. Kystes du foie (note). — 23. Tubercules de la rate.

Observation de laryngite pseudomembraneuse, par M. Codet ; extrait du rapport de M. Axenfeld.

Observation de phlegmon rétro-utérin, par M. Vautrin ; extrait du rapport de M. Bauchet.

PRÉSIDENT DE M. CRUVEILHIER.

1. M. *Dufour* présente une *tumeur* enlevée par M. Ricord, et qui était située derrière un des *piliers du voile du palais*.

Le malade qui portait cette tumeur fut pris, il y a trois semaines, d'une angine que l'on crut de nature syphilitique. M. Ricord trouva, en explorant la gorge, derrière le pilier gauche du

soile du palais, une tumeur ulcérée du volume d'une grosse noix. Cette masse, enlevée, a été examinée au microscope par MM. Verneuil, Follin et Dufour. C'était une tumeur cancéreuse, contenant fort peu de cellules, et surtout composée de noyaux; ce qu'explique assez bien le développement rapide du mal.

2. M. Dufour montre encore plusieurs autres pièces :

1° Une végétation enlevée sur la lnette.

2° Un kyste pileux situé au-dessus du sourcil, et ayant paru placé sous le muscle frontal. Ce kyste, tapissé à l'intérieur par une couche épidermique, contient une grande quantité de poils.

M. Cruveilhier a vu dans la même région, sur une jeune fille, un kyste rempli de poils. La mère de la malade en extrayait assez souvent et plusieurs à la fois.

M. Broca. Je ne puis croire que ces kystes soient dus à une hypertrophie folliculaire. Je pense plutôt qu'ils sont de formation nouvelle.

3° Une tumeur lymphatique de la verge.

M. Dufour remet la note suivante :

Grachling, âgé de trente ans, charron, entré le 25 novembre à l'hôpital du Midi, sorti le 26 décembre.

Ce malade eut une chaudepisse, il y a un an, qui laisse encore un peu de suintement. Au moment où la blennorrhagie était dans toute son intensité, il fut pris d'une lymphangite du fourreau de la verge, avec œdème considérable. La résolution se fit assez rapidement, mais il resta de petites nodosités à la face inférieure de la verge, près du raphé médian. Ces nodosités devinrent rouges, plus douloureuses, et il se forma, à leurs deux extrémités, une petite ouverture qui donna issue à une matière puriforme, peu abondante. Après ce premier travail la douleur disparut; mais les nodosités persistèrent et les petits pertuis fistuleux se fermaient et se rouvraient continuellement. Cependant les rapports sexuels n'étaient point empêchés, se faisaient sans provoquer de souffrance, et n'avaient pour effet que de réveiller la suppuration, quand depuis quelque temps elle semblait tarie. Cet état persistait depuis plusieurs mois, lorsque cet homme entra à l'hôpital pour se faire débarrasser de sa petite infirmité, plus ennuyeuse que grave.

En examinant la verge, on voit sur le côté gauche du frein un petit mamelon rougeâtre, présentant au sommet un point grisâtre

qui, tantôt paraît ouvert, tantôt semble fermé. Dans ce dernier cas, en forçant un peu un stylet fin pénètre dans l'orifice. De ce mamelon part un cordon noueux, sous-cutané, sans adhérence et sans changement de couleur à la peau, approchant du calibre d'une très petite plume de corbeau, qui a 2 centimètres environ, se dirige à peu près parallèlement au raphé médian du pénis, mais cependant un peu obliquement de gauche à droite. Par son extrémité postérieure, le cordon répond à une nodosité de 1 centimètre de long sur $1/2$ centimètre de large. Celle-ci est adhérente à la peau, dans laquelle elle paraît avoir son siège; sur elle existent deux pertuis grisâtres, semblables à celui qui est mentionné plus haut, qui aussi paraissent tantôt ouverts, tantôt fermés. En pressant sur le cordon noueux, on fait sortir une humeur séro-purulente par tous ces orifices. Un stylet fin, passé par le pertuis antérieur, pénètre facilement dans le cordon puis dans la nodosité cutanée, et ressort par l'un des petits trous que l'on y observe. L'autre pertuis se perd dans la nodosité et ne semble pas communiquer avec le cordon. La peau est rosée au niveau du mamelon postérieur.

En examinant le malade, comme j'avais entendu M. Ricord parler de cas semblables, je pensais qu'il s'agissait de lymphatiques enflammés, et telle fut aussi l'opinion de M. Ricord lorsqu'il vit le malade. J'étudiai au microscope le liquide séro-purulent qui s'échappait par les petits orifices, et je n'y trouvai que des globules de pus, sans aucune trace de globules lymphatiques. M. Zambaccos, dans un cas analogue qu'il observa l'année dernière, et dont il a donné communication à la Société de chirurgie, fit examiner le liquide qui s'échappait des fistules, et l'on y reconnut les caractères microscopiques de la lymphe. M. Ricord appela fortement notre attention sur cette affection assez fréquente et peu connue, ou mal appréciée par des chirurgiens du plus grand mérite, et qui résiste souvent à tous les moyens que l'on emploie, et ne cède qu'à l'excision de toute la partie variqueuse et enflammée. Il pratiqua sur ce malade cette opération. Il prit dans les branches d'une pince un pli longitudinal de la peau, comprenant le cordon noueux et ses deux aboutissants, le mamelon antérieur et la nodosité postérieure, et excisa complètement le pli avec le bistouri, en coupant tout ce qui se trouvait au-dessus de la pince. L'opération fut pratiquée le 16 décembre.

Après l'excision, M. Ricord réunit les deux lèvres de la peau avec des serres fines; mais il fit la réunion transversalement, dans la crainte de trop diminuer le diamètre du fourreau s'il faisait une suture longitudinale, circonstance qui aurait pu gêner en travers l'érection, peut-être même aurait été le point de départ d'un véritable paraphimosis, ou, pour être plus exact, d'un étranglement du membre. La réunion se fait par première intention, et dix jours après le malade sort complètement guéri.

J'ai fait de la pièce un examen attentif; outre les parties antérieures et postérieures, que nous connaissons déjà, il en existe une autre, large, au niveau du milieu de la longueur du cordon noueux. Lorsqu'on fit l'opération, après l'excision du pli de la peau, il resta, adhérente dans le tissu cellulaire sous-cutané, une petite saillie membraneuse recouverte d'une membrane pyogénique semblable à celle qui tapisse le large orifice dont nous venons de parler. Cette saillie membraneuse fut excisée dans un second temps avec des ciseaux. Elle correspondait parfaitement à l'orifice dont nous nous occupons et semblait donc lui appartenir. M. Ricord pensait que c'était le point d'anastomose du lymphatique malade avec les lymphatiques du voisinage. Pendant l'opération, cette membrane fut perdue, et nous ne pûmes l'examiner avec soin. L'orifice, avons-nous dit, était tapissé d'une membrane granuleuse pyogénique, très évidente, qui semblait pénétrer dans l'intérieur du cordon lymphatique; mais celui-ci ne fut pas ouvert. J'en fis l'injection avec une solution de gélatine, et voici la disposition que j'observai dans le vaisseau malade, et telle que les membres de la Société anatomique ont pu la voir sur la pièce que je leur ai mise sous les yeux. Dans l'espace de 2 centimètres environ, le vaisseau reste cylindrique, avec le volume que j'ai indiqué, environ la grosseur d'une très petite plume de corbeau. Puis en arrivant vers la partie postérieure, il offre une dilatation fusiforme qui triple environ son volume. La peau peut être disséquée dans toute l'étendue du vaisseau, seulement elle est plus intimement unie au niveau de la dilatation, et, en ce point, présente un léger épaissement qui paraît résider dans le réseau lymphatique interstitiel du derme, mais qui n'a pu être injecté. Il semble donc que les capillaires lymphatiques sont oblitérés. C'était au niveau de cette dilatation variqueuse qu'existait la petite nodosité postérieure dont nous avons parlé.

M. Broca. Ce fait m'intéresse en ce qu'il vient m'expliquer un cas semblable que j'ai observé, mais que je n'avais pas compris. Une jeune fille eut, au pied, un abcès que j'ouvris. A la suite de cet abcès il survint et il se forma lentement, à la partie interne de la jambe, une petite tumeur roulant sous le doigt, comme un ganglion, bien qu'il n'y en eût pas dans cette région. Cette tumeur s'abcéda, fut ouverte, et il resta un trajet fistuleux pendant deux ans et demi, époque à laquelle il se cicatrisa sous un bandage dextriné que l'on appliqua pour la maladie du pied. Ce fait doit être, je crois, rapproché de celui dont M. Dufour vient de nous entretenir.

3. M. Barth présente un *cancer de la grande courbure de l'estomac*, trouvé à l'autopsie d'un homme de cinquante-trois ans, cocher, entré le 20 décembre 1853 à l'hôpital Beaujon. Ce malade avait peu d'appétit, mais aucun signe qui pût faire penser à une semblable altération, si ce n'est une cachexie bien prononcée. Pendant longtemps il a eu des selles noirâtres; il tomba dans le marasme et mourut. Le cancer existe sur la grande courbure; les deux orifices cardiaque et pylorique sont libres. Au milieu de la grande courbure et de la masse cancéreuse, on remarque une perforation fermée par des adhérences avec le côlon transverse.

4. M. Barth montre un cas de *dilatation des bronches*.

La malade, âgée de trente-cinq à trente-six ans, bien constituée, a eu, il y a un an, une pleurésie à gauche. Entrée vers le 20 décembre 1853 à l'hôpital Beaujon, elle était atteinte depuis un mois environ d'une affection aiguë de poitrine avec oppression, toux fréquente et fièvre. A son entrée, expression de dyspnée et de souffrance, injection des pommettes, chaleur de la peau, pouls, 130; oppression, parole anhélanter; toux fréquente, grasse; crachats abondants, catarrheux, mais gluants, un peu visqueux et pris en masse. A l'examen de la poitrine, on trouve *en avant*: pas de déformation remarquable du thorax, sonorité moyenne, aucune matité, quelques sifflements, pas de râles humides. *En arrière*: à gauche, sonorité dans toute la hauteur, un peu exagérée dans la fosse sous-épineuse. A droite, sonorité dans les deux cinquièmes supérieurs, son obscur dans les trois cinquièmes inférieurs, à peu près mat à la base.

Auscultation. A droite, respiration bronchique à timbre ca-

verneux, ayant son maximum vers l'angle inférieur de l'omoplate, mêlé d'un râle humide, à grosses bulles, éclatantes. Parfois des espèces de cris ou de gémissements comme dans les cavernes, avec bronchophonie forte, un peu chevrotante. Ces bruits ont aussi leur maximum à l'angle inférieur de l'omoplate; ils s'étendent, en diminuant, en bas jusque vers la base, en haut jusqu'au milieu de la fosse sous-épineuse. Rien de remarquable au sommet; pas de craquements, pas de retentissement anormal de la voix. A gauche, rien de remarquable au sommet et à la base; mais, vers la racine des bronches, respiration bronchique entendue seulement dans l'expiration et dans un espace limité de 5 à 6 centimètres. Dans ce même point, on entend à plusieurs reprises un râle humide, à grosses bulles, moins fort, mais souvent identiquement semblable pour le timbre et les intonations au bruit perçu à droite.

Avec ces signes, le diagnostic était difficile. Étaient-ce des cavernes? Le siège était insolite; la maladie avait bien peu de durée. Était-ce une dilatation bronchique? La maladie était bien récente pour avoir pu produire une telle dilatation. Il existait des phénomènes fébriles; y avait-il concomitance d'induration, de pneumonie, d'épanchement? Mais comment expliquer les bruits perçus à gauche, près de la racine des bronches? Là le son était au-dessus du son normal, et il y avait de la respiration bronchique et des râles.

Les béchiques, les calmants, les expectorants, les révulsifs, furent mis en usage; tous ces moyens restèrent sans succès. L'oppression, le malaise, la fièvre persistent, vont en augmentant. La malade meurt dans la nuit du 6 au 7 janvier.

A l'autopsie, on trouve un exemple fort remarquable de dilatation des bronches.

Le péricarde contient quelques cuillerées de sérosité citrine.

Le cœur a le volume ordinaire, avec l'épaississement habituel des parois. Les orifices sont libres, les valvules sont souples, la mitrale seule un peu épaissie.

La plèvre droite renferme deux verres de sérosité un peu louche.

Toute la surface viscérale et pariétale est revêtue de fausses membranes.

M. Barth fait remarquer l'aspect particulier du lobe infé-

rieur du poumon droit, qui est induré, grisâtre, sans traces de suppuration.

M. *Verneuil* a vu dans le service de M. Bricheteau un cas dans lequel le poumon avait le même aspect, et qui fut regardé comme le résultat d'une pneumonie chronique.

M. *Foucher* a observé aussi à la Charité une altération du poumon analogue à celle que présente M. Barth. A l'aide du microscope, on a pu constater qu'elle était due à une infiltration tuberculeuse.

L'examen de cette pièce a été fait avec le plus grand soin par M. *Verneuil*, qui nous remet la note suivante :

Le tissu pulmonaire est compacte, il se coupe par tranches minces et se déchire assez facilement; sa coloration est uniforme, d'un gris rosé, marbrée çà et là de stries noirâtres. L'air n'y pénètre plus, et il ne s'écoule de la surface de la section ni sang, ni pus, ni sérosité.

La cassure est sèche, granuleuse, inégale, et présente une foule de petites élevures arrondies d'un quart à un cinquième de millimètre. Quelques-unes ont un volume plus considérable.

La substance indurée paraît tout à fait homogène à la base du poumon. Dans le lobe-noyau, on distingue à l'œil nu des granulations tuberculeuses grosses en moyenne comme un grain de millet, et qui sont, ici perdues dans une gangue d'induration grise, là, entourées d'un tissu affecté seulement de congestion ou d'hépatisation rouge.

Je dirai immédiatement que j'ai reconnu bien évidemment la présence du tubercule dans les points où déjà l'œil nu soupçonnait la présence de cet élément, et j'insisterai surtout sur l'altération qui siégeait à la base.

En raclant avec un mauvais scalpel la surface déchirée ou en dilacérant avec les aiguilles une même tranche du tissu induré, on obtient une foule de débris très ténus, peu adhérents, qui, examinés à un grossissement de 50 diamètres, montrent une foule de granulations opaques, grisâtres, tantôt isolées, tantôt réunies en groupe de trois ou quatre, d'un diamètre de $\frac{1}{8}$ à $\frac{1}{10}$ de millimètre, et dans lesquelles on reconnaît aisément les cellules pulmonaires. Ce sont ces cellules qui, réunies ensemble par groupes, constituent les petites saillies visibles à l'œil nu sur la surface déchirée. Elles sont pour la plupart piriformes, ou au

moins en forme d'utricules munies d'un court pédicule. Cette configuration ne laisse aucun doute sur leur nature.

Examinées à un grossissement plus considérable, elles se montrent sous la forme de petites masses sphériques ou quelque peu polyédriques par pression réciproque, opaques, remplies de matière amorphe, et de quelques cellules d'épithélium cylindrique déformées; en ajoutant de l'eau à la préparation, ce liquide charrie un petit nombre de débris de matière amorphe, quelques corpuscules granuleux d'inflammation et des épithéliums altérés.

On ne voit dans aucun point de graisse, ni de globules purulents, ni de corpuscules du tubercule; les globules sanguins sont également très rares.

L'isolement des vésicules pulmonaires, si difficile à obtenir sur un poumon sain, s'explique aisément. Non seulement les vaisseaux si nombreux dans le poumon, et qui rallient les vésicules juxtaposées de cet organe ont presque complètement disparu, mais encore on constate aisément l'absence du tissu cellulaire et élastique qu'on trouve en assez grande abondance dans le parenchyme pulmonaire.

L'inflammation a fait disparaître les fibres naissantes et les vaisseaux qui donnent à l'organe respiratoire la ténacité qu'on lui connaît à l'état sain, et l'on se rend dès lors un compte facile de la friabilité de la masse indurée, de sa décoloration, et enfin de la facilité avec laquelle les vésicules pulmonaires se désagrègent.

En somme, cette affection peut se résumer de la manière suivante :

Coloration grise, état granuleux, friabilité, absence de vascularisation du parenchyme pulmonaire.

Désagrégation facile des vésicules par la disparition des tissus fibreux et élastiques, et des vaisseaux.

Production de matière amorphe remplissant ces vésicules et les oblitérant.

Quelques corps granuleux, quelques épithéliums déformés.

Point de pus ni de tubercules.

5. M. Broca montre une pièce qui lui a été remise par M. Trélat. Ce sont cinq côtes gauches fracturées au niveau de leurs angles. Ces fractures anciennes sont consolidées; seule-

ment, sur l'une on remarque un déplacement transversal : le fragment postérieur est porté en dedans, plus un déplacement vertical par lequel le fragment antérieur repose sur le bord supérieur du fragment postérieur. Au point de contact il y a, sur l'un et l'autre bout, une surface lisse; il existe en ce point une véritable pseudarthrose.

6. M. *Boullard* présente un *muscle surnuméraire* qui existe à la face dorsale de la main. Ce muscle, composé d'un faisceau conique, s'insère, supérieurement, au ligament postérieur du carpe et au sommet de l'apophyse styloïde du radius, gagne obliquement le bord interne du doigt médius pour se confondre, par un tendon, avec celui de l'extenseur.

7. M. *Verneuil* montre une *vésicule biliaire* contenant de petites concrétions noires, les unes libres, les autres siégeant dans l'épaisseur de la muqueuse.

Ce fait doit être rapproché d'un cas semblable de gravelle biliaire, présenté par M. Blain des Cormiers, et qui est rapporté plus loin.

8. M. *Verneuil* présente *trois polypes muqueux des fosses nasales*, trouvés sur un sujet apporté à l'École pratique.

Le premier siége à l'orifice antérieur de la narine gauche, le deuxième remplit le méat moyen, et le troisième a son insertion à l'extrémité postérieure du cornet inférieur. La muqueuse pituitaire est hypertrophiée sur le bord libre des cornets; celle qui tapisse les sinus maxillaires est notablement altérée, et, à droite, on voit s'y implanter trois petits kystes.

9. M. *Verneuil* présente un *utérus bicorne*. On trouve sur cette pièce deux corps bien distincts et un col unique. On reconnaît, à l'intérieur, tous les caractères de la muqueuse utérine, et dans la cavité on trouve quelques petits polypes et quelques petits corps fibreux.

M. *Bauchet*. C'est ici le lieu de donner la description d'une pièce semblable présentée il y a déjà longtemps par M. Gabriac.

En pratiquant l'autopsie d'une jeune fille d'une vingtaine d'années, morte de fièvre typhoïde, M. Gabriac eut l'idée d'examiner l'utérus. Le col était à sa place normale; en le touchant, on ne sentait pas l'ouverture du museau de tanche, mais le doigt arrivait sur deux orifices, séparés l'un de l'autre par un pont. Ces deux orifices pouvaient admettre le bout d'une sonde d'enfant;

ils étaient symétriquement placés l'un à droite, l'autre à gauche; leur forme était assez régulièrement arrondie. Un stylet introduit par les orifices ne pouvait pas parcourir toute la cavité utérine. En faisant pénétrer deux stylets, l'un par l'ouverture droite, l'autre par l'ouverture gauche, ces deux stylets entraient dans deux cavités distinctes et ne se touchaient dans aucun point, quelque mouvement qu'on leur imprimât. Deux incisions furent alors pratiquées sur la face antérieure de l'utérus, le long et suivant la direction des bords latéraux. On put voir alors que l'utérus était formé de deux cavités distinctes ayant chacune au col un orifice spécial, et séparées l'une de l'autre par une cloison complète. A chaque cavité correspondait l'ouverture d'une trompe dans le lieu où elle est normalement placée.

Cette femme n'avait pas eu d'enfants.

10. M. Codet présente plusieurs pièces provenant de l'autopsie d'une femme de trente-deux ans, morte d'une *fièvre scarlatine* au cinquième jour. Cette femme a succombé d'une manière presque subite, après avoir présenté une éruption scarlatineuse sur le dos et sur le ventre seulement, sans trace de pétéchies à la peau. De nombreuses ecchymoses se voyaient sur la longueur du tube intestinal. M. Codet en montre des exemples sur la muqueuse de l'estomac, de l'intestin grêle, du gros intestin. Le larynx présentait une ecchymose assez considérable au niveau des cordes vocales; les reins étaient fortement congestionnés; il n'y avait pas d'altération dans le cerveau.

M. Denucé fait observer que les cas de mort subite ne sont pas rares dans la scarlatine. Il en a vu quatre ou cinq cas avec des épanchements sanguins. Il y a deux ans, M. Galliet a présenté à la Société une observation de scarlatine hémorrhagique. La mort arriva d'une manière subite au quatrième jour. A l'autopsie, on trouva des foyers hémorrhagiques dans la substance des reins, et un vaste épanchement sanguin dans les ventricules du cerveau et dans le cervelet.

Cette pièce doit être rapprochée d'un fait semblable présenté par M. Blain des Cormiers et rapporté plus loin.

11. M. L. Blin montre une série de pièces qu'il a recueillies à l'hôpital des Enfants. Elles proviennent d'un enfant qui est resté trois ans dans le service de M. Roger.

Cet enfant présentait au premier abord l'aspect d'un *tubercu-*

leux ; il était d'une maigreur extrême, il avait un *facies* jaune cachectique. La colonne vertébrale, fortement saillante en arrière, offrait une incurvation régulière comprenant la région dorsale et la région lombaire. Cette déviation du rachis forçait le malade à prendre cette attitude si bien décrite par Boyer comme appartenant au mal de Pott : la tête portée en arrière, le tronc infléchi sur les cuisses, et celles-ci sur les jambes. Il n'y avait pas de paraplégie, le malade pouvait marcher en se soutenant avec des béquilles. Les ganglions du cou, les os et les articulations des membres n'étaient nullement malades. La percussion et l'auscultation n'ont révélé dans les poumons aucun signe de tubercules. La palpation et la percussion ont fait reconnaître le volume énorme du foie, qui descendait jusqu'à l'ombilic, sur la ligne médiane, et jusqu'à la fosse iliaque du côté droit.

Le 24 janvier, le malade succombe après avoir gardé le lit seulement pendant trois jours. Voici les résultats de l'autopsie que je mets sous les yeux de la Société.

Les poumons sont parfaitement sains et les sommets ne présentent aucune trace de tubercules. Le foie présente un volume énorme ; son diamètre antéro-postérieur est de 25 centimètres, son plus grand diamètre transversal de 28 centimètres ; son épaisseur de 8 centimètres ; son développement est régulier, une échancrure profonde sépare en avant le lobe droit du lobe gauche ; la coloration est à peu près normale. La surface de section ne présente pas de granulations ; elle offre, au contraire, une surface lisse, d'aspect gélatineux ; le parenchyme a une certaine transparence, surtout vers la face inférieure ; il est très peu vasculaire, on ne voit que les orifices des plus gros vaisseaux.

Les reins ont leur volume normal ; leur surface est mamelonnée, et, en enlevant la tunique fibreuse, on voit que la substance corticale est décolorée et parsemée de petites arborisations vasculaires. Une coupe montre la substance tubuleuse décolorée aussi bien que la substance corticale ; il n'y a pas de granulations.

Au-devant de la colonne vertébrale on trouve un tissu cellulaire épaissi, induré, et de consistance lardacée. Les muscles de la masse sacro-lombaire sont décolorés et comme infiltrés d'une lymphe plastique qui se serait organisée. On ne rencontre aucune trace de pus au voisinage du rachis, ni en avant, ni en arrière.

Une coupe, pratiquée sur la ligne médiane, de toute la portion de la colonne vertébrale déformée, a permis de constater les lésions suivantes :

1° Les corps des vertèbres dorsales et lombaires présentent différents degrés d'ostéite; en certains points, la substance osseuse a augmenté de densité, elle est comme éburnée (ostéite condensante); dans d'autres points, le tissu osseux est au contraire rougeâtre et raréfié (ostéite raréfiante). Les corps des quatre dernières vertèbres dorsales présentent en outre une usure avec déformation des surfaces articulaires; nulle part on ne trouve de traces de pus, on ne voit non plus aucune trace de tubercules, soit en masse, soit à l'état d'infiltration.

2° Les disques intervertébraux des dernières vertèbres dorsales sont complètement distincts, ainsi que la substance cartilagineuse qui recouvre les faces supérieure et inférieure du corps de ces vertèbres. Plus haut, les disques sont ramollis, pulpeux. Le disque qui sépare la dernière dorsale de la première lombaire est en partie détruit. Les corps des quatre premières vertèbres lombaires sont soudés entre eux.

M. *Broca* fait remarquer que cette affection diffère tout à fait du mal de Pott. Ici, l'arthrite vertébrale constitue l'élément principal de cette affection que M. *Ripoll* a décrite dans sa thèse, et qui était déjà connue avant lui. Sur ces pièces, on peut voir les différents degrés d'altération des disques intervertébraux et des vertèbres : l'injection simple, le ramollissement des disques, la destruction des cartilages, la soudure complète des vertèbres entre elles. Il se passe ici les mêmes phénomènes que ceux qui suivent la destruction des cartilages dans une articulation diarthrodiale. Enfin, il signale à l'attention des anatomistes ces disques intervertébraux qui n'ont été étudiés jusqu'ici que d'une manière imparfaite.

M. *Verneuil* a déjà eu l'occasion d'examiner un foie qui ressemblait à celui que M. *Blin* vient de présenter. Après l'avoir injecté avec le plus grand soin avec de l'essence de térébenthine colorée, et l'on sait combien ces injections sont pénétrantes, il a constaté avec M. *Leudet* que le parenchyme de ce foie était devenu extrêmement peu vasculaire. Dans la pièce actuelle, la pression ne peut faire sortir aucune goutte de sang. L'examen microscopique montre des cellules hépatiques irrégulières, allongées,

complètement déformées; les vésicules graisseuses qu'on y trouve toujours, même dans les foies sains, ont presque complètement disparu.

M. *Louis Blin*. Cet examen offre un certain intérêt au point de vue clinique, le volume énorme du foie avait fait penser à l'existence d'un foie gras; les recherches les plus exactes montrent qu'il ne contient aucune trace de graisse.

12. M. *Houel* présente un fœtus monstrueux, dont il donne la description suivante :

Ce monstre paraît se rattacher au genre des Hémimèles, d'Isidore Geoffroy Saint-Hilaire, genre caractérisé, comme on sait, par un développement incomplet des extrémités inférieures des membres. Sur ce fœtus, l'hémimélie est assez normale pour les membres supérieurs; en effet, on trouve la clavicule, l'omoplate bien conformées et l'humérus. (Notons en passant un fait assez remarquable, une luxation sous-coracoïdienne congénitale.) Au bras on trouve un muscle qui serait l'analogue du biceps; en bas existe une extrémité osseuse ressemblant aux os de l'avant-bras; plus bas un seul os que je considère comme remplaçant le métacarpe; enfin, une extrémité digitale composée de trois phalanges avec un ongle très bien développé et un faisceau musculaire venant se terminer à la dernière phalange.

Après l'examen des membres inférieurs, je suis embarrassé pour savoir dans quel groupe ranger ce cas de monstruosité; car, après plusieurs recherches, je crois que c'est le seul fait de ce genre qu'on ait observé jusqu'ici. En effet, les os qui constituent le bassin manquent; on trouve seulement un sacrum, une symphyse pubienne avec ses deux branches incomplètement développées; mais il n'y a pas de traces d'os iliaques. Sur un autre fœtus monstrueux que possède le musée Dupuytren, et où il y a absence des membres inférieurs, l'os coxal existe. Ici, les membres sont tout à fait rudimentaires; du côté droit, on sent dans le prolongement membraneux qui en tient la place un rudiment osseux; à gauche, il n'existe qu'un simple repli membraneux.

Il existe un bec de lièvre double; mais il y a en outre une particularité assez remarquable, c'est l'absence de lèvres supérieure: la peau, en se continuant directement avec la muqueuse palatine, efface complètement la cavité prébuccale.

Si nous passons à l'étude des viscères, nous trouvons encore un certain nombre d'anomalies sur ce fœtus.

Toute la portion droite du diaphragme manque, l'autre moitié existe avec le cœur placé au-dessus dans sa position normale ; mais au-dessous nous trouvons le foie qui est à gauche. Or, ici ce n'est pas une inversion des viscères, car la vésicule biliaire est située à droite, dans sa position normale, correspondant à l'arc du côlon ; il semble que le foie ait été transposé de droite à gauche par une espèce de refoulement qui coïnciderait avec l'absence du diaphragme du côté droit.

Enfin, et ce n'est pas le fait le moins intéressant, on voit s'échapper de l'anus un prolongement considérable, de 10 à 12 centimètres de long, naissant, non pas du pourtour de l'anus, mais remontant près de 1 centimètre au-dessus, dans un point où existe une double rainure circulaire. Quelle est la nature de ce prolongement ? L'insufflation démontre parfaitement que nous avons affaire ici à une anse intestinale ; c'est une portion du gros intestin présentant une invagination au niveau de la double rainure circulaire que nous avons mentionnée, et, de plus, ayant fait hernie par une perforation qui existe à 2 centimètres au-dessous de l'anus, et qui pénètre dans le cul-de-sac formé par l'invagination. Ce qui démontre que nous avons ici une hernie d'une anse intestinale et non une simple invagination, c'est la présence de la membrane séreuse qui se montre à l'extérieur. Enfin, quoique la pièce soit un peu altérée par son séjour dans l'alcool, on peut faire rentrer, comme vous voyez, tout ce bout inférieur dans l'abdomen par la perforation qui existe au niveau de l'invagination.

M. Broca. L'examen de cette pièce m'explique les vices de conformation que j'ai décrits dans l'observation de James Ledgewood, lue à la Société en 1852. Chez cet homme, les deux bras et la cuisse gauche se terminaient en moignons arrondis surmontés d'une saillie pédiculée d'environ 2 centimètres de long. J'ai discuté les différentes causes auxquelles on pouvait rapporter cette mutilation congéniale, et, après avoir rejeté l'amputation spontanée par le mécanisme invoqué par Montgomery, j'ai admis simplement que les parties qui manquaient n'avaient jamais été formées. Le cas de M. Houel offre aussi des appendices du même genre sur les membres inférieurs : si l'on compare ces dernières

avec les membres supérieurs, je crois que l'on peut encore admettre qu'il y a eu ici une aberration de formation.

13. M. *Bailly* montre plusieurs pièces recueillies sur une femme de soixante ans morte dans un état de *cachexie* très avancée.

1° Une *rate* d'un très petit volume, fortement ridée, dont le tissu est tout à fait décoloré dans une certaine étendue ; il est probable qu'il y a eu là d'anciens épanchements sanguins qui ont été remplacés par de la fibrine et de la matière grasse.

2° Les deux *ovaires* sont envahis par de nombreux kystes en voie de formation, depuis la grosseur d'une tête d'épingle jusqu'au volume d'une noisette. Ils sont au nombre de dix à douze sur chaque ovaire ; le liquide qu'ils renferment est limpide, d'une couleur un peu ambrée ; la paroi qui les entoure est tellement mince, qu'ils sont tout à fait transparents.

3° Un *cancer du gros intestin*, développé à la réunion du cœcum et du côlon ascendant, immédiatement au-dessus de la valvule iléo-cœcale. L'épaississement et l'induration des tuniques de l'intestin avaient produit dans ce point un rétrécissement admettant à peine l'extrémité du petit doigt. Pendant la vie, cette lésion avait produit une diarrhée incessante, qui avait résisté à tous les moyens thérapeutiques.

14. M. *Boullard* présente à la Société des pièces recueillies à l'École pratique sur un *enfant nouveau-né qui avait respiré*, mais qui est mort peu de temps après sa naissance ; ce sont les deux ovaires qui sont remplacés par des kystes nombreux. On voit très bien ces kystes ; l'ovaire a un peu plus de volume normal, surtout à droite. Ces kystes existent bien sur lui, et non sur la trompe, qui est saine.

M. *Crueilhier*. On trouve souvent cet aspect kysteux chez les vieilles femmes. Les kystes, chez elles, revêtent toutes les formes, uni, pluriloculaire, etc. Ils sont en miniature, et je suis frappé de la ressemblance des ovaires chez cette petite fille, avec ces kystes que j'ai souvent rencontrés chez les femmes âgées.

M. *Boullard* a souvent aussi observé ces kystes multiples, petits, en miniature, sur les vieilles femmes apportées à l'amphithéâtre.

M. *Depaul*. En examinant l'utérus chez le fœtus, je ne trouve pas la déviation signalée par M. Boullard. Je note ce fait.

M. Boullard. Ce fœtus a été manié, tourné, retourné en tous sens; l'utérus a été tirailé. La déformation existait quand j'ai ouvert ce sujet, elle a disparu par tous ces mouvements. Quand on veut bien voir la déviation qui existe normalement, il faut ouvrir le ventre et examiner sans rien tirer; sinon on peut, comme ici, la faire disparaître.

M. Depaul. Si j'ai soulevé ce débat, c'est que pour moi l'antéflexion n'est ni constante, ni toujours normale. M. Boullard a fait ses recherches sur de petits fœtus apportés à l'École pratique déjà dans un état de décomposition assez avancée; or si les moindres tiraillements peuvent faire disparaître la déviation qu'il a étudiée, qu'y a-t-il d'étonnant que ce tuyau si mou, si flexible, emprunte précisément cette déformation à des causes purement accidentelles et mécaniques, par exemple, la présence du gaz dans l'intestin, etc.? Je n'ai pas, pour mon compte, trouvé toujours cette antéflexion, et je crois pouvoir avancer que si l'on examinait la position de l'utérus sur des fœtus immédiatement après l'accouchement, on ne le trouverait pas constamment antéfléchi.

M. Boullard. A cela je répondrai :

1° L'antéflexion n'est pas aussi nettement marquée chez le fœtus que chez les petites filles de deux, trois ans, jusqu'à quinze, vingt ans et plus.

2° Toujours j'ai rencontré cette antéflexion chez les vierges et chez les femmes qui n'avaient pas eu d'enfants.

3° La présence de gaz dans l'intestin ne peut avoir aucune influence sur la déformation dont il s'agit. Souvent il arrive, en effet, que l'intestin distendu est engagé entre la vessie et l'utérus. Dans ce cas, la déviation devrait disparaître, et c'est ce qui n'a pas lieu.

4° J'attends les faits qui pourraient ruiner les propositions que j'ai établies dans ma thèse.

Quelques instants après, M. Boullard apporte le bassin d'une femme de seize à vingt ans; on examine l'utérus, il est dans un état d'antéflexion assez marqué.

15. **M. Boullard** présente d'autres pièces recueillies à l'École pratique sur un enfant paraissant avoir de deux ans et demi à trois ans.

Les *poumons* sont remplis et couverts de tubercules miliaires.

La *rate* a un aspect pointillé, jaunâtre; elle est couverte de grains tuberculeux; elle est surtout remarquable par la grande quantité de tubercules dont elle est farcie.

Sur la surface extérieure du *foie*, on trouve une multitude de petits kystes très régulièrement disposés.

M. *Denucé*. Sont-ce des kystes, ou seulement de l'emphysème?

M. *Boullard*. — Ce sont bien réellement des kystes.

Pour le prouver, il incise le tissu du *foie*, et l'on trouve de petites loges bien formées, non seulement tout à l'extérieur, mais même dans le parenchyme du *foie*. (Voir plus loin une note détaillée.)

M. *Broca*. J'ai déjà rencontré des cas semblables, et j'ai reconnu que c'étaient des tubercules commençants.

16. M. *Boullard* présente une troisième pièce qu'il a trouvée sur le cadavre d'une vieille femme.

C'est une *rate* petite, dure, d'une dureté plutôt cartilagineuse que fibreuse, recouverte, surtout à son bord antérieur et à sa face profonde, de plaques crétacées, épaisses. A la coupe, on trouva son tissu dur, criant sous le scalpel, et peu de tissu ressemblant au tissu de la *rate*.

17. M. *Blain des Cormiers* présente un *foie* provenant d'une femme de quarante-cinq ans, morte dans le service de M. *Piorry*.

A l'autopsie, on constate la présence d'un épanchement considérable dans le péritoine.

Sur le bord tranchant du *foie* existe une espèce de kyste, à parois épaissies, très distendu; c'est la *vésicule biliaire*. Dans cette vésicule, dont les parois sont comme fibro-cartilagineuses, existent un grand nombre de petits calculs biliaires, remarquables par leur nombre, leur couleur noirâtre, leur aspect un peu chagriné et leur forme arrondie. On dirait des grains de chapelet; ces grains sont verdâtres.

M. *Cruveilhier*. C'est la *gravelle biliaire*.

18. C'est encore une *tumeur du foie* que nous montre M. *Duckaussoy*.

Cette pièce provient d'une femme morte il y a quelques jours dans le service de M. *Hervez de Chégoin*. Voici en quelques mots son histoire.

Cette femme portait dans la région épigastrique une tumeur volumineuse. Avant le 28 décembre, elle rendit par l'anus de petits flocons que l'on reconnut manifestement être des *hydatides*. Elle n'eut pas de vomissements; j'insiste sur ce point. Les jours suivants, elle eut encore des selles assez fréquentes, mais ne rendit plus d'hydatides. Son haleine était fétide; elle ne prit aucun aliment solide et n'avalait que des boissons. Le 30 janvier se déclarèrent les signes d'une péricardite; elle mourut avec tous les symptômes de cette maladie.

A l'autopsie on trouva :

1° Tous les signes de la péricardite, dont on avait constaté l'existence pendant la vie.

2° Au foie, à l'union du lobe droit avec le lobe gauche, un vaste kyste rempli de liquide, de détritus jaunâtres, répandant une odeur fétide.

Ce kyste communique avec l'estomac à 3 centimètres à gauche du pylore. L'orifice de communication laisse passer le doigt. Les parois de cette poche sont épaisses.

Pour tout le monde il n'y a pas de doute, c'est un kyste hydatique qui s'est vidé et enflammé.

La communication entre le kyste et le tube intestinal explique bien la présence des hydatides dans les selles. Peut-être, si l'on avait bien fait attention, en aurait-on trouvé plusieurs fois; mais il est singulier que la malade n'ait pas éprouvé de vomissements.

3° Dans le tissu pathologique, qui a établi des adhérences entre l'estomac et le foie, de petits kystes hydatiques, très petits, la plupart ayant à peine le volume d'un grain de millet. Un ou deux seulement ont le volume d'un pois.

4° Le diaphragme adhérent à la surface convexe du foie et épaissi.

5° Dans un des reins, sur son bord convexe, un kyste hydatique du volume d'une grosse noix, renfermant une seule hydatide.

M. Leudet demande quelques détails : la muqueuse de l'estomac était-elle épaissie, hypertrophiée? La malade avait-elle de la diarrhée ou a-t-elle rendu les hydatides sans diarrhée?

M. Duchaussoy. Avant l'expulsion des hydatides, la malade n'avait pas de diarrhée. Dans les jours qui ont suivi ce phéno-

mène, elle avait des selles jaunâtres ; les matières rendues étaient en tout semblables à celles qui sont renfermées dans le kyste.

La muqueuse de l'estomac ne m'a paru ni épaissie, ni hypertrophiée. Il y a seulement un état mamelonné qui ne prouve rien, et une teinte noirâtre de cette membrane, semblable à celle que l'on trouve quelquefois dans les phlegmasies chroniques de l'estomac.

19. M. *Bailly*. J'ai plusieurs pièces à mettre sous les yeux des membres de la Société.

1° Voici un *tibia* que j'ai recueilli dans le service de M. Chassaignac. Le malade avait eu la partie inférieure de la cuisse broyée, avec vaste épanchement sanguin dans tout le membre. M. Chassaignac pratiqua la désarticulation de la cuisse.

A l'autopsie du membre, je fus frappé du volume du tibia, surtout à sa partie supérieure. Il a presque deux fois sa grosseur normale. J'en ai pratiqué la section par un trait de scie longitudinal. A son centre, au milieu du tissu spongieux, il n'y a pas de canal médullaire. Mais on trouve deux petites cavités : l'une pouvant contenir un gros pois et placée inférieurement à 2 pouces environ de l'extrémité supérieure ; l'autre un peu plus haut, pouvant renfermer une noisette. Leur intérieur était rempli par une espèce de bouillie jaunâtre.

M. *Robin* a étudié ce contenu au microscope ; il n'a vu que de la matière médullaire, sans traces de tubercules ni de pus.

Le malade n'a pas survécu à son opération ; on n'a pu obtenir aucun renseignement.

2° C'est un *rein tuberculeux* trouvé à l'autopsie d'un sujet phthisique. Il est remarquable par le développement des calices, l'épaississement énorme de leurs parois, et leur infiltration tuberculeuse. Ils forment comme une série de loges placées à côté les unes des autres et communiquant entre elles, à l'aide du bassinet, aussi hypertrophié et épaissi. Il n'y a que quelques rares tubercules dans la substance périphérique du rein.

La vessie avait sa muqueuse épaissie, et elle a paru infiltrée de tubercules.

20. M. *Perrin* nous apporte plusieurs pièces fort intéressantes.

Première pièce. — C'est l'estomac d'un ancien militaire mort d'une *apoplexie foudroyante* à l'infirmerie des Invalides. Cet

homme jouissait d'une assez bonne santé. Il avait seulement de la diarrhée depuis longtemps.

A l'autopsie, en ouvrant l'abdomen, on trouva une tumeur occupant la région épigastrique, plaquée sur la face antérieure de l'estomac et la face supérieure du côlon transverse, adhérente à ces deux organes, du volume d'un gros œuf. Après avoir détaché l'estomac et le côlon, on ouvrit l'estomac en suivant sa petite courbure. A l'intérieur, faisant dans sa cavité une saillie de la grosseur d'une noix, on rencontre un champignon anfractueux, inégal, de nature encéphaloïde. Ce champignon occupe toutes les tuniques de l'estomac; il ne s'est pas développé primitivement sur la muqueuse, mais bien plutôt sur la couche musculuse. La muqueuse, en effet, à peu près saine, se détache facilement et vient se perdre sur le pourtour du champignon en semblant se prolonger sur sa surface libre. Le pylore est parfaitement libre à un bon travers de doigt de la tumeur.

La base de ce champignon proémine à l'extérieur, ou plutôt la tumeur intra-stomacale se continue avec une autre tumeur extra-stomacale, recouverte par le péritoine, par l'épiploon gastro-colique. Cette tumeur extérieure est à peu près du volume de la tumeur intérieure. Elle est bosselée, formée aussi de substance encéphaloïde. Elle adhère avec le côlon transverse; elle a perforé les parois de cet organe en plusieurs points et communique dans sa cavité. Il n'y a point de trajet allant de l'estomac au côlon; la masse encéphaloïde ferme l'estomac d'un côté, et de l'autre proémine dans l'intérieur du côlon.

C'est donc une masse encéphaloïde s'étant primitivement développée sur la paroi antérieure de l'estomac, vers sa grande courbure, à quelques centimètres du pylore: cette tumeur, d'un côté, s'est développée dans la cavité stomacale; de l'autre, elle a envahi le côlon, a contracté des adhérences avec lui, et l'a perforé.

Il est assez curieux qu'une tumeur semblable n'ait pas donné lieu à des symptômes graves qui auraient porté le malade à réclamer les secours de la médecine. C'est accidentellement qu'on a constaté son existence.

Deuxième pièce. — M. Perrin nous présente la vessie d'un homme de soixante-dix ans, ancien militaire, dont voici l'histoire :

En 1811, il reçut un coup de feu dans la région hypogas-

trique. La balle passa à travers la symphyse pubienne, et vint sortir un peu au-dessus de la grande échancrure sciatique. Pendant quelques jours, il y eut écoulement d'urine par l'ouverture d'entrée et par l'ouverture de sortie de la balle ; puis l'urine cessa de s'écouler, la plaie postérieure se cicatrisa. La plaie antérieure suppura pendant un an ; des végétations poussèrent sur ses bords ; on les excisa, on les cautérisa ; enfin la plaie antérieure guérit à son tour.

Pendant trente-huit ans, le malade ne ressent aucun symptôme de ce côté.

En 1849, se manifestent des symptômes de catarrhe vésical. Il entre plusieurs fois à l'infirmerie pour se faire soigner de cette affection, et, une dernière fois, il y a une dizaine de jours.

On sent à la région hypogastrique une tumeur assez volumineuse, rénitente. L'urine est purulente ; le malade se plaint de douleurs s'irradiant dans les reins. Le cathétérisme est pratiqué ; il s'écoule, par la sonde, de l'urine purulente, d'une odeur assez ammoniacale ; mais la tumeur de l'hypogastre ne se vide pas complètement.

Quelques jours après apparaissent les symptômes d'une péri-tonite grave : petitesse du poulx, face grippée, vomissements, douleurs de l'abdomen, s'exaspérant par la pression, etc. Deux jours après, le malade meurt.

Autopsie. — Le bassin est rempli par une énorme poche fluctuante, adhérente en avant à la symphyse pubienne et aux muscles abdominaux, en arrière au sacrum, sur les côtés au détroit supérieur du bassin, remplissant et dépassant même, en haut, la cavité pelvienne. Les parois de cette vaste collection sont épaisses. — On l'incise ; il en sort plus d'un litre et demi d'urine purulente.

Cette poche est divisée en deux loges ; une antérieure qui est formée par la vessie, avec tous ses caractères ; une postérieure, à parois épaisses, comme fibro-cartilagineuses, communiquant avec la première par une large ouverture pouvant sans peine admettre trois doigts. Cette seconde loge est un vaste kyste urinaire.

Le rectum est dévié à gauche, un peu aplati ; mais on le détache aisément de la tumeur, avec laquelle il n'a pas contracté d'adhérence.

La prostate est volumineuse ; elle fait relief de chaque côté du col de la vessie ; elle est séparée en deux lobes qui circonscrivent assez bien le canal de l'urètre. Ce canal est placé, chose digne d'être notée, à la partie inférieure des deux lobes prostatiques, et très large en cet endroit.

On trouve bien, à la partie latérale et postérieure du bassin, une cicatrice déprimée, et un cordon fibreux, se prolongeant jusqu'à l'os coxal : c'est l'ouverture de sortie de la balle. On voit manifestement, sur l'os lui-même, que la balle a passé à quelques millimètres au-dessus de la grande échancrure sciatique.

Quant à l'ouverture d'entrée, M. Perrin l'a recherchée, mais ne l'a pas trouvée.

En considérant le trajet qu'a dû suivre la balle, l'écoulement d'urine qui a suivi ce coup de feu, l'épaisseur des parois de la poche qui est annexée à la vessie, l'orifice de communication de la vessie avec le kyste urinaire, il ne peut s'élever aucun doute. La formation de cette poche remonte à 1841, époque de la blessure ; elle est due à la plaie que la balle a faite à la vessie.

M. *Cruveilhier*. En 1843, pendant que j'étais interne à l'Hôtel-Dieu, j'ai vu un malade qui avait reçu une balle au-dessus du pubis. Le projectile était sorti au niveau de la symphyse sacro-iliaque. Il s'écoula aussi, pendant quelques jours, de l'urine par l'une et l'autre plaie. Le malade guérit bien.

21. M. *Verneuil* présente une petite tumeur, enlevée par M. Robert : c'est un *névrôme*, qui siégeait sur le nerf sciatique poplité externe. En examinant avec soin cette petite tumeur, du volume d'une noisette, on aperçoit les fibres nerveuses qui s'épanouissent à sa surface ; si on l'incise, on trouve au centre une matière jaunâtre, molle, et de plus, à la périphérie, une matière d'un blanc grisâtre, plus consistante. — De ces deux substances, examinées au microscope, l'externe, la périphérique, plus consistante, est formée de tissu fibro-plastique ; la substance centrale, plus fluente, est formée de tissu fibro-plastique et de graisse.

22. M. *Boullard* présente un nouvel exemple de *kystes du foie*, et dépose une note détaillée.

M. *Verneuil*. J'ai déjà insisté sur ce point : tout organe glandulaire peut présenter des dilatations kystiques dans ses culs-de-sac. Les pièces présentées par M. Boullard viennent à l'appui de cette proposition.

Petits kystes du foie. — Par M. BOULLARD.

En jetant les yeux sur la surface du foie, on y distinguait très facilement les granulations, improprement nommées *acinées* par quelques auteurs. Ces granulations, parfaitement délimitées, étaient toutes à peu près égales en volume; toutes affectaient une forme polyédrique, qui était aussi celle de chacun des petits kystes qu'un examen superficiel avait fait reconnaître çà et là sur toute la surface du foie. Une étude plus attentive confirmait la ressemblance qu'une analogie de forme avait d'abord fait soupçonner. Ainsi, kystes et granulations avaient même volume, se présentaient absolument de même façon; seulement, la granulation apparaissait comme une petite masse, un petit grain rougeâtre, polygonal; le kyste au contraire, comme un petit grain, une petite vessie également polygonale, mais transparente, entourée par des granulations.

Si l'on incisait un de ces kystes, on ne parvenait pas à en extraire de liquide, on n'y trouvait qu'une substance de consistance de gelée, ou d'albumine concrète.

En détachant avec soin une tranche mince de la substance hépatique, et l'examinant à un faible grossissement (59 diamètres), l'identité de forme de la granulation et du kyste devenait encore plus évidente. On reconnaissait, en effet, que cette tranche était composée de petits polyèdres, les uns opaques, les autres, en beaucoup plus petit nombre, parfaitement translucides.

Quant à la substance contenue dans ces kystes, étudiée à un grossissement de cinq cents diamètres, elle était composée de cellules hépatiques en petit nombre, contenant une grande quantité de vésicules de graisse, et de beaucoup de vésicules graisseuses libres. Les granulations ne contenaient que des cellules hépatiques saines.

Après cet examen, auquel nous nous sommes livrés, mon collègue M. Verneuil et moi, nous sommes restés convaincus que chacun de ces kystes était formé par une granulation, qui probablement ne communiquait plus librement avec un conduit hépatique, et dans laquelle le nombre des cellules hépatiques avait diminué, tandis que les vésicules de graisse s'y étaient accumulées.

23. M. Verneuil présente une rate qui lui a été adressée par un de nos collègues, M. Vidal, et qui peut éclairer quelques points de la pathogénie du tubercule.

A la coupe, sur un fond rouge violacé, on apercevait une multitude de petits points gris, jaunâtres, de la grosseur d'une tête d'épingle. La rate en était farcie; on aurait cru qu'elle était sablée. Si, avec la pointe d'une aiguille, on cherchait à isoler ces petits corps, on trouvait qu'ils tenaient par un petit pédicule, comme les grains de raisin sont appendus à leur grappe. La forme de ces petits corps, leur distribution régulière, leur nombre, leur volume, leur position au milieu du tissu de la rate, et près des trabécules qu'on y remarque, leur petit pédicule, tout rappelait les corpuscules de Malpighi.

Ces petits corps, M. Verneuil les a trouvés composés de tubercules. Ce serait donc des tubercules développés dans les corpuscules de Malpighi, car on leur trouve aisément une vésicule d'enveloppe.

M. Verneuil a déjà montré des dépôts tuberculeux à la face interne des conduits séminifères. On en a trouvé aussi à la face interne des vésicules pulmonaires.

L'idée du développement de tubercules dans des cavités closes, et non pas seulement dans le tissu cellulaire environnant, cette idée commence à se généraliser, et le fait qui est invoqué par M. Verneuil vient encore confirmer cette opinion.

M. Dufour. M. Verneuil a-t-il reconnu bien nettement les éléments tuberculeux?

M. Verneuil. Il ne me reste pas le moindre doute sur la nature de ces petits corps; ils étaient bien réellement formés par du tubercule.

OBSERVATION.

Laryngite pseudo-membraneuse. — Par M. Codet.

Cointe (Jeannette), vingt-trois ans, entrée le 5 janvier 1854 à l'hôpital de la Charité, salle Saint-Joseph, n° 14.

Cette femme a toujours joui d'une bonne santé; elle est d'un tempérament sanguin, d'une constitution robuste; elle est enceinte de six à sept mois; elle n'est pas sujette aux angines.

Il y a environ quinze jours, elle fut prise, sans cause connue, d'une céphalalgie assez intense accompagnée d'un malaise général. Cet état parut dépendre de la grossesse; on lui pratiqua une saignée.

La céphalalgie avait à peu près disparu, mais il restait encore du malaise, lorsque, le 2 janvier, ces symptômes augmentèrent; il s'y joignit de la douleur à la gorge, de la difficulté à avaler la salive. On appela un médecin qui lui fit une saignée.

Le 3 et le 4 janvier le mal de gorge augmenta, la malade eut quelques quintes de toux, mais légères et très éloignées.

Le 5, elle se trouva plus fatiguée et entra à l'hôpital dans la journée.

Le soir, elle présente l'état suivant :

La malade est presque assise dans son lit, la face est légèrement congestionnée, les yeux larmoyants, la peau modérément chaude, le pouls fréquent, ample (100 pulsations); elle accuse une douleur au larynx : la pression, en ce point, est très pénible. L'inspiration est laborieuse, rauque et bruyante; elle produit un bruit sec et rude qu'on entend très bien en auscultant le larynx; l'expiration est moins bruyante et plus facile.

Le thorax est parfaitement sonore, on n'entend que faiblement le murmure respiratoire; à la base des deux poumons il est imperceptible, en arrière quelques râles sonores aux deux sommets.

La toux, peu fréquente, revient par accès; elle a un timbre métallique très clair, elle est saccadée.

La voix est éteinte.

La déglutition est peu douloureuse.

Les piliers, le bord libre du voile du palais, le pharynx, les amygdales, présentent une coloration rouge assez intense; pas de fausses membranes.

En introduisant le doigt dans l'arrière-bouche, on parvient à atteindre les replis aryténo-épiglottiques, qui sont plus volumineux qu'à l'état normal.

Les fosses nasales sont libres.

Céphalalgie sus-orbitaire intense. Vingt sangsues au cou.

Ipéca 1 gram.

Tartre stibié. 0,05 centigr.

6 janvier. La nuit a été bonne; la malade a vomi assez abon-

damment, elle se trouve très soulagée ; la respiration est moins gênée, moins bruyante, elle s'entend mieux ; la voix est toujours éteinte.

Vésicatoire au cou, ventouses scarifiées à la nuque.

Ipéca 2 gram.
Tartre stibé. 0,10 centigr.

Potion avec

Oxymel scillitique,
Sirop d'ipéca, de chaque. 40 gram.
Kermès minéral 0,20 centigr.

Le soir, la malade est plus agitée, le pouls est déprimé, les quintes de toux ont été très rares (une ou deux).

Crachats de bronchite.

7 janvier. Quelques accès de toux la nuit dernière ; la dyspnée est un peu moindre.

Râles sonores très nombreux aux sommets.

On entend assez bien le murmure respiratoire à la partie moyenne.

La rougeur de l'arrière-gorge a diminué. La malade est très affaissée, pouls dépressible (98 pulsations).

Julep diacodé.

Soir. La journée s'est bien passée. La céphalalgie a cessé ; il n'y a pas eu de quintes de toux depuis ce matin. Rien de particulier à l'auscultation.

8 janvier. Quintes de toux très fatigantes pendant la nuit, les lèvres sont légèrement cyanosées, la respiration est plus anxieuse, le murmure vésiculaire s'entend moins qu'hier ; le pouls est plus déprimé, plus fréquent (115 pulsations).

Ventouses scarifiées à la nuque, deux vésicatoires aux bras.

Soir. L'état est à peu près le même ; un peu de céphalalgie.

9 janvier. La malade a failli succomber la nuit dernière aux accidents de suffocation.

La toux, presque incessante, a été suivie d'une expectoration abondante de mucosités filantes, striées çà et là de sang pur. En examinant les crachats, on trouve une fausse membrane tubulée présentant la forme de la trachée et de sa division. La portion qui correspond à la trachée est longue de 11 centimètres ; les deux branches de bifurcation correspondant aux bronches me-

surent, la droite 3, la gauche 5 centimètres. Sa plus grande épaisseur ne dépasse pas 1 millimètre $1/2$.

La face adhérente de cette membrane est tomenteuse et présente en quelques points des traces de vascularisation ; on y trouve aussi l'empreinte des anneaux de la trachée. La face interne est lisse et d'un blanc jaunâtre.

Depuis ce matin la malade est plus calme, il y a moins de dyspnée, le pouls est toujours le même, on entend un peu mieux le murmure respiratoire.

La journée s'est passée sans quintes de toux ; mais la malade craint l'arrivée de la nuit ; elle est sûre, dit-elle, d'avoir alors de nouveaux accès de suffocation.

10 janvier. Toux assez violente pendant la nuit, pas de rejet de fausses membranes ; la malade paraît très abattue, le pouls est très faible (107 pulsations).

Le soir, l'état asphyxique est bien plus prononcé ; la face est pâle, couverte d'une sueur froide ; la respiration est fréquente (38), la toux plus rauque ; le murmure vésiculaire est à peine entendu, et seulement aux sommets, où il est presque complètement masqué par les râles sonores.

Ipéca, tartre stibié, sinapismes.

11. Nuit très agitée, asphyxie imminente à chaque instant, sifflement marqué à l'inspiration et à l'expiration, quoique moins à ce dernier temps ; pouls très faible, intermittent (109), agitation extrême. On cesse d'entendre les battements du cœur du fœtus.

Le soir, les accidents de suffocation sont portés au comble ; la malade s'agite continuellement, cherchant une position où elle respire mieux.

La respiration s'entend à cinq ou six pas de distance ; le pouls est filiforme, très fréquent. Mort à sept heures du soir.

Autopsie. — Trente-huit heures après la mort, temps froid et humide. Rigidité cadavérique très marquée, écume sanguinolente à la bouche, ecchymoses çà et là sur le tronc.

En enlevant le larynx, on trouve dans la gaine des vaisseaux du cou un épanchement peu abondant de sang qui a coloré le tissu cellulaire dans l'espace de 1 pouce à 1 pouce $1/2$.

L'arrière-bouche, le pharynx, ne présentent pas de fausses membranes, il n'y en a que dans le larynx ; les replis aryéno-épiglottiques sont bleuâtres, un peu tuméfiés.

Le larynx est tapissé de fausses membranes épaisses, à surface inégale ; elles remplissent les cavités ventriculaires et effacent les saillies des cordes vocales, de façon que chaque paroi du larynx présente une surface plane, sur laquelle une dépression linéaire indique seule l'ouverture du ventricule.

Dans la trachée les fausses membranes forment une couche à peu près continue ; mais elles sont infiniment moins épaisses, moins rugueuses, et d'une coloration plus blanche.

Elles se retrouvent jusque dans les bronches de deuxième ordre, mais elles ne forment plus que de petits îlots à des distances assez éloignées.

La muqueuse, au-dessous, est bleuâtre, très peu épaissie.

Le tissu des poumons est engoué, mais partout sa pesanteur spécifique est moindre que celle de l'eau.

Les autres organes ne présentent rien de particulier. Ils offrent seulement tous des traces de congestion à des degrés différents.

Extrait du rapport de M. Axenfeld sur cette observation.

C'est un bel exemple de fausses membranes développées dans les voies aériennes chez un sujet adulte, doué d'une bonne constitution, en dehors de toute condition apparente de contagion.

J'insisterai surtout sur l'absence de fausses membranes dans l'arrière-gorge, alors que ces productions morbides offraient une si grande extension dans le larynx, la trachée et les bronches, circonstance qui prouve une fois de plus combien est loin d'être exacte la prétendue loi qui veut que le croup commence toujours par une angine pseudo-membraneuse.

Je signalerai en second lieu la reproduction rapide de tous les accidents, un instant apaisés par l'expectoration d'un large fragment de fausses membranes.

Phlegmon rétro-utérin. Suppuration. Ouverture spontanée dans le gros intestin. Ouverture artificielle pratiquée par le vagin. Mort. — Par M. VAUTRIN, interne des hôpitaux.

Avant les travaux de M. Nonat, sur le phlegmon du tissu cellulaire péri-utérin, on avait étudié principalement cette maladie dans sa période de suppuration, et l'on s'était surtout occupé du phlegmon des ligaments larges,

Il n'est pas rare, ainsi que M. Nonat l'a démontré depuis plusieurs années, de voir le phlegmon envahir le tissu cellulaire des ligaments larges, gagner ensuite le tissu cellulaire rétro-utérin et même, ce qui d'ailleurs est beaucoup plus rare, le tissu cellulaire de la cloison utéro-vésicale, en un mot tout le tissu cellulaire qui entoure la matrice.

Parmi les observations de ce genre que nous avons pu recueillir dans le service de M. Nonat, il en est une qui nous a paru offrir un intérêt plus spécial, et que nous avons cru devoir communiquer à la Société anatomique, en raison surtout de l'importance des lésions organiques.

Voici cette observation :

Brilland (Gillette), femme Génouvrier, âgée de trente-sept ans, entrée dans le service de M. Nonat, à la Pitié, salle Saint-Charles, n° 6, le 2 août 1853.

Antécédents. — Peu de renseignements sur son état antérieur. N'a pas eu d'enfants, n'a pas fait de fausses couches. Depuis sept ans, elle souffre du bas-ventre, surtout du côté gauche. Règles irrégulières, exacerbation des douleurs à l'époque menstruelle.

Diarrhée datant de trois mois.

État actuel. — 3 août. *A priori*, cette diarrhée et l'aspect général de la malade font préjuger à M. Nonat un état avancé de tuberculisation. Rien pourtant à l'auscultation.

On est alors conduit, à cause des douleurs du ventre, à pratiquer le toucher. En voici le résultat :

Toucher. — Le col de l'utérus est très abaissé, distant à peine de 3 ou 4 centimètres de la vulve, dirigé en arrière et en bas. Le doigt indicateur ne peut pénétrer dans l'ouverture du museau de tanche, dont les deux lèvres sont un peu plus dures qu'à l'état normal; on ne sent à leur surface ni érosion, ni granulation.

Le corps de l'utérus est en antéverson. Il est refoulé en totalité en avant; pourtant le doigt peut encore passer entre lui et le pubis.

Rien d'anormal dans le cul-de-sac vaginal droit et le ligament large correspondant. Le doigt, porté dans le cul-de-sac vaginal postérieur, fait reconnaître une vaste tumeur occupant toute la cloison recto-vaginale et utérine, tumeur qui se prolonge à gauche, de manière à remplir toute la portion gauche de l'excavation pelvienne.

Cette tumeur est dure, non fluctuante, assez douloureuse. A sa surface, on sent battre, à gauche du col de l'utérus, une artère à peu près du volume de la radiale. Et, pour le dire en passant, la présence de ces artères n'a été constatée par M. Nonat que dans les tumeurs phlegmoneuses anciennes, c'est-à-dire d'autant au moins d'une année. D'où l'importance pratique, sous le point de vue du pronostic et du traitement surtout, découlant du développement plus ou moins grand de ces artères.

Les mouvements qu'on imprime au col de l'utérus sont transmis à la tumeur.

État fébrile assez prononcé, 96 pulsations. Coliques, diarrhée abondante. Douleurs dans le bas-ventre, surtout à gauche, s'irradiant jusque dans les flancs.

M. Nonat croyant la diarrhée dépendante d'une entérite, c'est contre cette affection que le traitement est d'abord dirigé, sauf à traiter la tumeur après l'amélioration de l'état général. (Gomme sucrée, pilules d'opium, cataplasmes et lavements laudanisés. Bouillon, potages.)

Le 5 août. La diarrhée persiste; les douleurs de bas-ventre sont plus fortes. Quinze sangsues y sont appliquées.

Le 6. La malade dit avoir été un peu soulagée par les sangsues.

Le 8. Pouls plus fréquent que les jours derniers, 120 pulsations. Selles abondantes, fétides, ressemblant à de l'eau de riz; vomissements bilieux; face grippée, un peu cyanosée; ventre gros, ballonné, douloureux. (Eau de Seltz, glace. Cataplasmes et lavements laudanisés.)

Le 10. Le pouls est plus calme, 80 pulsations. Les vomissements ont cessé; la diarrhée est moins abondante. (Même traitement. Bouillon.)

Le 11. Le mieux se soutient. Même traitement.

Le 16. La malade est moins bien que les jours précédents. Les vomissements ont reparu; la diarrhée persiste, assez abondante. La langue est rouge et lisse. (2 grammes de diascordium, lavements et cataplasmes laudanisés. Seltz, glace.)

Le 19. Un peu de mieux, moins de fièvre, diarrhée un peu moindre. La malade a encore vomi deux fois.

Les 23 et 24. Même état. Les vomissements ont cessé. (Painades.)

Le 31. Langue moins lisse, les papilles reparaissent. Le ventre

est toujours ballonné. Toujours un peu de diarrhée. (Diascordium, lavements laudanisés.)

Le 2 septembre. Ventre moins ballonné, mais toujours douloureux. Selles rares, mais toujours diarrhéiques.

Toucher. — La partie inférieure de la tumeur, derrière la paroi postérieure du vagin, commence à devenir fluctuante.

Le 5. La fluctuation est manifeste. La tumeur est saillante à la partie postérieure du vagin. Le toucher rectal fait aussi parfaitement sentir la fluctuation.

Le 7. Ouverture de la tumeur, immédiatement derrière le col de l'utérus. L'incision est agrandie transversalement à l'aide du lithotome caché. Écoulement d'à peu près un demi-litre d'un pus assez fétide.

Le 8. La malade a été un peu soulagée aussitôt après l'ouverture du foyer. Le ventre est moins douloureux. Écoulement continu de pus par le vagin. Diarrhée persistante. M. Nonat pense à une communication de l'abcès avec le gros intestin. (Injections vaginales au chlorure de chaux. Potages.)

Le 11. La malade se trouve plus faible, plus abattue qu'avant l'ouverture de la tumeur. Il s'en écoule encore du pus fétide, mais en moins grande quantité que les jours précédents. L'index pénètre facilement dans le clapier. (Les bords de l'ouverture sont cautérisés au nitrate d'argent afin d'en retarder l'oblitération. Injection avec la teinture d'iode dans le foyer. Bain peu prolongé.)

Le 13. Autre injection iodée; lavements laudanisés.

Les 15 et 17. Même état. (Même traitement.)

Le 19. La suppuration est toujours abondante et fétide; la tumeur a diminué de volume; diarrhée persistante. *On remarque du pus dans les selles.* (Diascordium.)

Du 19 septembre au 6 octobre. Injections iodées dans la tumeur, tous les deux jours, alternant avec des injections au chlorure de chaux.

Le 6 octobre. Suppuration peu abondante; l'ouverture admet encore l'extrémité de l'index. La tumeur a encore diminué de volume. Diarrhée persistante et toujours purulente. Cette suppuration et cette diarrhée continuelles font croire à M. Nonat qu'il existe un autre clapier plus profond que celui qu'il a ouvert, mais dont la situation ne peut être précisée. (Même traitement.)

Même état jusqu'au 27 octobre.

Le 27. Affaissement de plus en plus grand ; émaciation extrême ; diarrhée continuelle. La malade peut à peine se retenir.

Elle languit ainsi pendant quelques jours encore, et s'éteint le 30 octobre, à six heures du matin.

Autopsie. Aspect général. — L'abdomen ayant été ouvert, les organes génito-urinaires, ainsi que la fin du gros intestin, ont été séparés des parties environnantes. Voici d'abord l'aspect général de la tumeur et des parties qu'elle intéressait.

La vessie et l'utérus sont très adhérents l'un à l'autre. Le cul-de-sac péritonéal utéro-vésical est moins profond que de coutume. La vessie, du reste, est très petite.

En arrière de l'utérus et du vagin est une tumeur volumineuse occupant tout le tissu cellulaire de cette portion de l'excavation pelvienne, et comprenant aussi tout le ligament large gauche.

Cette tumeur a refoulé en haut et à droite la fin du gros intestin. Voici la disposition que celui-ci présente :

La portion iliaque passe de gauche à droite au-dessus de la tumeur et du corps de l'utérus avec lesquels elle a contracté d'intimes adhérences ; puis le rectum plonge sur le côté droit et postérieur de la matrice, par conséquent à droite de la tumeur.

Nous avons dit que tout le ligament large gauche était occupé par la tumeur. Aucune des parties qu'il renferme n'est reconnaissable.

Le ligament large droit est moins déformé. Son repli péritonéal, bien que très épaissi, est libre d'adhérences ainsi que le ligament rond.

L'ovaire droit est profondément altéré ; il présente quelques petites excavations remplies d'un liquide séro-purulent. Au-dessus de l'ovaire est un kyste de la grosseur d'une petite noix, dont la paroi antérieure est formée par le péritoine, et qui, ouvert, donne issue à une sérosité citrine, tenant quelques flocons en suspension. Un autre kyste, paraissant contenir une matière assez concrète, existe en arrière du premier.

Après cet examen général de la tumeur et des parties qui l'environnent, la vessie, l'utérus et le vagin ont été ouverts complètement par une incision verticale pratiquée sur leur partie moyenne.

La vessie, ratatinée et très adhérente à l'utérus, montrait sur sa muqueuse des traces d'inflammation.

Les parois de l'utérus sont très épaissies. La cavité utérine est très petite. Le col de cet organe est conique.

Le vagin présente une rougeur assez intense. A sa partie supérieure, dans le cul-de-sac vaginal postérieur se voit encore l'ouverture faite pendant la vie, pour donner issue au pus renfermé dans l'excavation qui apparaît en arrière du corps de l'utérus.

Les dimensions de cette excavation sont à peu près celles du corps de l'utérus, dont elle affecte assez bien la forme triangulaire. Son sommet inférieur se continue avec l'ouverture faite à la paroi vaginale postérieure. Sa base supérieure paraît se continuer avec une autre cavité. La paroi postérieure de ce foyer est formée par un tissu mollasse, noirâtre, qui le sépare incomplètement de l'autre cavité présumée.

En effet, en ouvrant la tumeur par sa paroi postérieure, on aperçoit une deuxième cavité, anfractueuse, plus vaste que la précédente, s'étendant beaucoup plus transversalement que perpendiculairement, et occupant la plus grande partie du tissu cellulaire rétro-utérin et du ligament large gauche.

Cette cavité, dont les parois offrent un aspect spongieux, communique avec le clavier antérieur par sa partie supérieure : une cloison épaisse, de même nature que les parois, sépare ces deux cavités, excepté à la partie supérieure, comme nous venons de le dire.

Ce trajet de communication est limité en haut par l'S iliaque du côlon, qui dessine assez bien au-dessus de lui l'arche d'un pont, et qui est complètement adhérent à la tumeur par son péritoine.

Cette portion de l'intestin, ainsi que le rectum, ayant été ouverts par le bord opposé aux adhérences, c'est-à-dire par leur bord convexe, il nous fut facile de constater dans leur intérieur plusieurs ouvertures communiquant avec le clavier, ou plutôt avec le canal de communication des deux claviers.

De ces ouvertures, les unes occupent l'S iliaque, à l'endroit où il limite supérieurement la tumeur ; les autres sont situées au commencement du rectum.

Décrivons d'abord ces dernières.

Elles apparaissent tout d'abord au nombre de deux, sur la face

antérieure du rectum : l'une, supérieure, située à peu près à 15 centimètres de l'anus ; l'autre, à 2 centimètres au-dessous de la première.

Entre ces deux ouvertures, la muqueuse se trouvait décollée de telle sorte qu'incisée elle a laissé à nu la tunique musculieuse hypertrophiée ; et alors on aperçut un orifice secondaire plus petit, placé entre les deux premiers. De ces trois ouvertures, la supérieure est la plus grande ; ses bords présentent une organisation qui paraît de date assez ancienne.

Ces trois ouvertures communiquent directement avec le clavier postérieur, et un peu aussi avec le canal des deux claviers, par un très petit pertuis en forme d'entonnoir, dont la base est à la face interne du rectum.

Les autres ouvertures mentionnées sont situées, au nombre de deux, sur la face interne de l'S iliaque, presque immédiatement au-dessus des claviers avec lesquels elles correspondent aussi.

La muqueuse du rectum était très rouge ; une assez large ulcération existe près de l'anus ; l'S iliaque n'était pas notablement enflammé, ce qui fait penser que le pus n'a dû s'écouler que dans les derniers jours de la vie par les ouvertures supérieures.

Dans l'observation qui précède, nous voyons un exemple bien curieux de phlegmon du tissu cellulaire péri-utérin.

Ici, n'en doutons pas, la phlegmasie a envahi d'abord le ligament large gauche, et elle s'est propagée plus tard dans le tissu cellulaire rétro-utérin et dans celui qui entoure le rectum à gauche.

A quelle époque s'est développée cette phlegmasie ? Nous ne saurions le dire d'une manière précise. Cependant, si nous tenons compte de la douleur que la malade a ressentie de temps en temps dans le bas-ventre du côté gauche ; si nous ne perdons pas de vue que cette douleur s'est fait sentir pour la première fois il y a sept ans, nous serons conduits à admettre que la maladie a commencé à cette époque, et que, depuis lors, elle s'est maintenue dans un état chronique.

Plus tard, sans que nous puissions en déterminer la cause, le phlegmon péri-utérin a passé de l'état chronique à l'état aigu. Ce passage a été marqué par une recrudescence des douleurs de bas-ventre et par un mouvement fébrile intense. Puis, nous voyons apparaître les phénomènes qui ont dû coïncider avec la

suppuration de la tumeur ; et enfin, à une période plus avancée, à l'époque où une communication s'établit entre le rectum et l'abcès pelvien, un nouvel accident se manifeste : il survient une diarrhée abondante, fétide, qui résiste à tous les moyens les plus rationnels jusqu'aux derniers instants de la vie.

C'est cet accident qui conduisit M. Nonat à soupçonner qu'il existait un clavier communiquant avec l'intestin par une ouverture étroite, insuffisante pour l'écoulement du pus.

Les lésions anatomiques sont venues confirmer ces présomptions.

En effet, il y avait deux collections purulentes derrière l'utérus, communiquant ensemble par un canal étroit et impropre, par sa situation, au libre écoulement du pus.

Si le foyer antérieur eût existé seul, la maladie eût dû guérir sans aucun doute ; mais il y en avait un autre derrière le précédent, communiquant en haut avec le rectum et qu'on ne pouvait atteindre.

L'inspection des parties malades nous a permis de comprendre pourquoi, malgré l'incision du cul-de-sac postérieur du vagin, les injections pratiquées, on n'a pu se rendre maître des accidents.

Il est facile de saisir les liens qui existent entre les phénomènes observés pendant la vie et les altérations constatées après la mort.

Quoi qu'il en soit, ce fait nous montre que, comme M. Nonat le recommande, on ne saurait trop s'attacher à combattre le phlegmon du tissu cellulaire péri-utérin, dans le but d'en arrêter les progrès et de prévenir la terminaison par suppuration qui, bien que n'étant pas toujours suivie d'une fâcheuse issue, laisse cependant les malades exposées aux plus grands périls.

Extrait du rapport de M. Bauchet.

J'ai eu le regret de trouver une grande lacune dans cette observation ; il n'est rien dit, ou, pour être tout à fait exact, il n'est dit que deux mots sur les antécédents de la malade : *La femme souffrait depuis sept ans*. Mais quelles étaient ses souffrances ? comment avaient-elles débuté ? où siégeaient-elles ? Quel était leur caractère ? étaient-elles continuelles ? revenaient-elles seulement à l'époque de la menstruation ? Quels sont les

accidents qui ont précédé l'entrée de la malade à l'hôpital ? Depuis quand gardait-elle le lit ? Comment s'est déclarée cette diarrhée si rebelle qui a, pour ainsi dire, préparé la résorption putride, en affaiblissant la malade ? etc., etc.

Je me refuse, après avoir lu et relu l'observation, à admettre avec M. Vautrin un phlegmon chronique des ligaments larges, datant de sept ans, et qui tout à coup s'est enflammé et a provoqué les accidents qui ont amené la malade à l'hôpital. Je ne vois rien qui appuie son opinion, et pour croire à l'existence d'une phlegmasie qui couve ainsi pendant une longue période de temps, pour poser en principe qu'il faut diriger un traitement actif contre ces douleurs, si fréquentes chez les femmes, il me faudrait une observation bien détaillée, des signes précis ; j'aurais voulu suivre la filière des accidents, et, je le répète, l'observation est incomplète sous ce point de vue.

En touchant la tumeur, dit encore M. Vautrin, on sent au-devant d'elle des battements artériels. C'est là un signe auquel M. Nonat attache une grande importance. Il est pour lui l'indice que la maladie date de loin.

J'ai grand'peur que cette idée soit bien hasardée. J'ai trouvé de ces battements artériels dans un cas de tumeur du bassin, de date récente, dans un cas d'hématocèle rétro-utérine. Ce signe ne me paraît pas avoir toute la valeur que lui attribue M. Nonat. Je soumetts cette réflexion à la Société ; je souhaiterais de m'être trompé, car il serait bien précieux de pouvoir reconnaître, à l'aide de ces battements artériels, quand ils existent, si une tumeur s'est développée lentement, ou si elle s'est formée avec rapidité.

L'observation de M. Vautrin doit occuper, du reste, une bonne place dans nos Bulletins.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

XXIX^e ANNÉE.

Bulletin N^o 2. — Février 1854.

RÉDIGÉ

PAR LE DOCTEUR BAUCHET, SECRÉTAIRE.

SOMMAIRE.

Extrait des procès-verbaux des séances de la Société.

1. Tumeur cancéreuse de l'abdomen. — 2. Arthrite vertébrale. — 3. Luxation de la rotule. — 4. Kystes multiples des reins. — 5. Fracture compliquée des deux os de la jambe. — 6. Syphilis des nouveau-nés. — 7. Discussion sur l'antéflexion de l'utérus. — 8. Ulcération du larynx. — Autre ulcération du larynx (suite de trachéotomie). — 9. Deux ovaires volumineux. — 10. Persistance du thymus. — 11. Kyste de l'ovaire, amputation sous-astragalienne, polype naso-pharyngien. — 12. Hémorrhagie dans les reins. — 13. Kystes hématiques du corps thyroïde. — 14. Corps étrangers dans l'articulation du coude. — 15. Fragment de fausse membrane de l'intestin.
- Obs. Oblitération de la veine cave supérieure, par M. Bailly. — Hémorrhagie dans le ventricule latéral droit du cerveau, par M. Voisin. — Ulcère chronique simple de l'estomac, par M. Parmentier.
-

PRÉSIDENCE DE M. CRUVEILHIER.

1. M. Goupil présente une énorme *tumeur de l'abdomen (cancéreuse)* qu'il a recueillie à l'hôpital des Enfants sur une petite fille de douze ans, morte dans son service. Voici les détails qu'il donne :

Cette tumeur, d'après les renseignements qu'il a obtenus, aurait débuté il y a environ onze mois. A cette époque, les parents de la petite fille se sont aperçus que son ventre grossissait.

Elle est entrée à l'hôpital il y a un mois. Elle était tuberculeuse ; à l'auscultation, on trouvait de la respiration bronchique,

de la pectoriloquie; etc., etc. Le ventre avait un volume considérable, et l'on sentait très bien dans la fosse iliaque droite une tumeur énorme remontant vers l'hypochondre droit et semblant s'engager d'autre part dans la cavité pelvienne. Cette tumeur, au toucher, paraissait lobulée, mamelonnée; elle offrait une fluctuation fort douteuse.

A cause de l'existence des tubercules pulmonaires on avait bien pensé à une altération des ganglions mésentériques, mais la position de la tumeur à droite de la ligne médiane, sa direction vers le foie en haut et à droite, son volume énorme, écartaient cette idée. Une péritonite chronique, à moins d'être bien limitée et bien circonscrite, n'expliquait pas davantage la présence de cette tumeur. Elle était trop profonde, sa fluctuation trop douteuse, et l'intestin était refoulé à gauche.

Le foie était libre, et l'on sentait bien qu'il était indépendant de la tumeur.

Dans les quinze derniers jours, il survint un œdème considérable des membres inférieurs; enfin la malade mourut.

A l'autopsie, on trouva des *tubercules pulmonaires*, une *oblitération de la veine cave inférieure*. Cette veine, en effet, perméable à l'embouchure des veines rénales, est obstruée plus bas par un caillot qui occupe tout son calibre dans une étendue de plus d'un pouce.

Le foie complètement libre.

Les ganglions mésentériques peu hypertrophiés.

Le péritoine bien libre aussi.

Enfin, une *grosse tumeur* occupant le tissu cellulaire sous-péritonéal, et que Goupil met sous les yeux des membres de la Société.

Cette tumeur, d'une consistance molle plus ou moins ramollie dans différents points, a une forme ovoïde. Sa plus grosse extrémité est tournée en haut et à droite, sa plus petite extrémité s'engage dans le bassin, entre le rectum et l'utérus.

Cette portion, trop grosse pour s'engager dans la cavité pelvienne, s'est allongée un peu. On ne peut pas mieux comparer l'ensemble de la tumeur qu'à un utérus gravidé, un peu allongé en haut. La portion qui s'engage dans le bassin rappelle assez bien la forme du col utérin.

Le rectum, placé derrière, n'a pas d'adhérence avec cette

masse. On retrouve très bien l'utérus en avant et en bas, bien libre, de même que ses annexes.

Il y a cependant un point où le rectum est adhérent avec la partie postéro-inférieure de la tumeur, on voit même une bosselure qui proémine dans sa cavité. Cette bosselure, appartenait sans aucun doute à la tumeur, est incisée; elle est formée par une substance blanchâtre, molle, pulpeuse, qui a tous les caractères du tissu encéphaloïde.

La tumeur, suivant son grand diamètre, a au moins 4 décimètres; à sa grosse extrémité, 1 décimètre 1/2 mesuré transversalement; à sa petite extrémité 1 décimètre.

On pratique une longue incision suivant son grand axe. C'est encore, pour tout le monde, du tissu encéphaloïde plus ramolli au centre qu'à la périphérie.

M. Dufour prend des fragments de la tumeur dans différents points, et partout il trouve les éléments du cancer les mieux caractérisés.

M. Axenfeld. Ce fait me rappelle un fait à peu près semblable qui m'avait bien frappé. J'ai fait en ville l'autopsie d'une personne qui était morte à la suite de nombreuses hémorrhagies intestinales. J'ai trouvé une tumeur cancéreuse ayant, comme dans le cas qui nous est présenté, son siège dans le tissu cellulaire sous-péritonéal. Elle avait dans un point attaqué, ulcéré l'intestin, et, par suite, déterminé les hémorrhagies auxquelles le malade avait succombé.

2. M. Blin (Louis) présente une portion de colonne vertébrale provenant d'un sujet tuberculeux mort de méningite tuberculeuse dans le service de M. Roger, à l'hôpital des Enfants.

A l'autopsie, on a trouvé dans les reins une masse tuberculeuse assez notable.

Dans le psoas et le long de la colonne vertébrale quelques petits kystes purulents.

Dans la portion de colonne vertébrale que M. Blin a apportée à la Société, et qui correspond aux dernières vertèbres dorsales et aux vertèbres lombaires, on remarque que l'altération porte surtout sur les fibro-cartilages interarticulaires. Quelques ménisques ont presque complètement disparu, entraînés par la suppuration. Parmi les corps des vertèbres qui séparent les disques interarticulaires, les uns sont sains, d'autres peu altérés, un peu

infiltrés de pus, peut-être de tubercules, d'autres plus malades, avec un foyer de suppuration et de petits séquestres libres dans le foyer.

Dans quelques points, il y a du pus accumulé entre le périoste et l'os.

M. *Blin* rappelle à la Société que déjà il a présenté une autre pièce, une autre portion de colonne vertébrale, dans laquelle on remarquait aussi que les os étaient peu altérés. (Voir le numéro précédent.)

M. *Denucé*. Dans cette portion de colonne vertébrale, présentée par M. *Blin*, comme l'examen microscopique n'a pas été fait, je pense que l'on ne peut pas affirmer que l'altération soit liée au développement de tubercules.

M. *Axenfeld*. Cette pièce rappelle les faits observés par M. *Ripoll*, qui lui ont servi de base pour sa thèse inaugurale sur l'arthrite vertébrale en 1850.

3. M. *Tainturier* présente à la Société une *luxation de la rotule*. Mais avant de faire la description de la pièce, rapportons en quelques mots l'observation que nous a communiquée M. *Tainturier*.

Le nommé L..., ancien militaire, âgé de soixante-dix ans, a été reçu à l'hospice des vieillards (Bicêtre) à cause de son âge. Il était d'un tempérament sanguin, d'une constitution assez forte. A plusieurs reprises il entra à l'infirmerie, dans les salles de médecine, pour y être traité d'une maladie du cœur (hypertrophie avec rétrécissement aortique), et une dernière fois au mois de novembre dernier. Il présentait une dyspnée très grande, un bruit de souffle couvrant le premier temps, un œdème considérable des membres inférieurs. Le pouls était petit. Le malade ne pouvait garder une position horizontale; il se promène toute la nuit et a à peine, dans les vingt-quatre heures, une heure d'un sommeil agité. Les symptômes vont s'aggravant tous les jours; l'œdème augmente, il survient de l'ascite, de l'hydrothorax, les lèvres prennent une teinte violacée de jour en jour plus prononcée; le malade meurt le 21 novembre 1853.

Dans le cours de sa maladie, on avait remarqué qu'il avait un genou déformé plus large que l'autre. C'était le genou droit qui offrait cette difformité due à une luxation en dehors de la rotule. Cette luxation avait eu pour cause une chute. Pendant les guerres de l'empire, L... eut un cheval tué sous lui. Le cheval tomba et

L... eut la jambe droite prise sous le corps de l'animal. Quand il fut débarrassé, il pouvait à peine remuer le genou, qui était le siège d'un gonflement énorme et d'une douleur intense. L... entra à l'ambulance. Au bout de quelque temps il reprit son service, et depuis lors il continua à marcher ; mais il resta toujours la difformité que l'on a observée.

Autopsie. — Œdème considérable des membres inférieurs, un peu d'infiltration du tronc, épanchement dans le péritoine, dans la plèvre droite, adhérences membraneuses des deux feuillets de la plèvre à gauche ; adhérence, en avant seulement, du feuillet viscéral du péricarde avec le feuillet pariétal ; rétrécissement aortique avec quelques concrétions.

L'œdème des jambes est si considérable, qu'on est à peine frappé de la déformation du genou droit, de la luxation de la rotule en dehors.

Cependant, en palpant le genou, on sent très manifestement la rotule appliquée sur le condyle externe du fémur. On la reconnaît très bien à sa mobilité, à sa forme. Le doigt peut être enfoncé profondément dans l'espace intercondylien. On arrive dans la rigole, qui existe là, et l'on ne sent point la rotule.

Le diamètre transversal est plus grand que celui du genou opposé.

La peau porte des traces de ventouses appliquées autrefois et en grand nombre. Si l'on fait des tentatives pour ramener la rotule dans sa position normale, on pousse bien cet os un peu en avant ; il se place même de champ et arrive presque jusqu'au bord antérieur du condyle externe. Mais on ne peut pas aller plus loin, et un obstacle trop résistant s'oppose au passage de la rotule dans l'espace intercondylien.

La peau glisse facilement sur l'aponévrose. Sous elle, et à l'endroit que la rotule devrait normalement occuper, il y a une bourse synoviale ; il y en a une autre au côté externe entre la face antéro-externe de la rotule luxée et la peau qui la recouvre. Pas de traces de déchirures. Au côté externe, au bord externe de la rotule, devenu presque tout à fait postérieur dans sa nouvelle position, il existe une petite lame de tissu fibreux, très dense, très résistant, allant d'autre part s'attacher au condyle externe du fémur. C'est cette bande fibreuse qui maintient fortement la rotule dans sa nouvelle place et empêche sa réduction.

Description de la pièce. La rotule est placée au côté externe de l'article, plaquée contre le condyle externe du fémur. Le tendon du muscle droit antérieur vient s'insérer sur son bord supérieur en se dirigeant de haut en bas et de dedans en dehors. Le tendon rotulien qui du sommet de la rotule va se fixer sur l'épine antéro-supérieure qui surmonte la crête du tibia, est oblique de haut en bas, de dehors en dedans. Ces deux tendons forment donc un angle qui a pour sommet la rotule, et qui est ouvert en dedans. C'est l'aponévrose d'insertion du vaste interne qui forme la paroi antérieure de l'articulation fémoro-tibiale. Elle est plus épaisse et plus large que dans l'état normal. La synoviale articulaire est légèrement épaissie, mais on ne trouve nulle part de trou ni de traces de déchirure.

La rotule a conservé sa forme. Elle est cependant plutôt arrondie que triangulaire; son bord postérieur (dans cette position anormale) est plus épais; il a au moins deux fois l'épaisseur de l'antérieur. Sa face postéro-interne, articulaire, n'offre plus les deux surfaces articulaires séparées par une saillie verticale, mais une seule facette arrondie, ou plutôt oblongue, ayant son plus grand diamètre dirigé de haut en bas, d'arrière en avant et de dehors en dedans.

On peut faire exécuter à cet os des mouvements de latéralité assez étendus. Quand tous les liens sont coupés et qu'on ne laisse que le ligament rotulien, si l'on ramène la rotule dans la gouttière intercondylienne, on voit que la rotule et le ligament rotulien ont une direction excessivement oblique de haut en bas et de dedans en dehors, au moins trois fois plus oblique que dans l'état normal. Dans cette position, le tendon rotulien est dévié, contourné.

Du côté du fémur, les deux condyles ont conservé leur forme; mais le condyle externe est un peu plus aplati sur sa face externe, sur laquelle on va revenir. L'espace intercondylien existe toujours, il n'est pas effacé. Il y a quelques rugosités, comme des stalactites commençantes. Au-dessus des condyles, le fémur est un peu plus épaissi qu'à l'état tout à fait normal. Il semble que le fémur est un peu contourné sur son axe, comme il arriverait si, saisissant le milieu de son corps à pleine main, on tournait les condyles autour de l'axe du fémur de dehors en dedans. Disons toutefois que cette déformation ne frappe pas tout d'abord,

et qu'il faut y faire attention pour la voir et s'en rendre compte.

Sur la face externe du condyle externe, une surface plane, lisse, encroûtée de cartilage ; c'est sur cette surface que glisse la rotule.

Du côté du tibia, l'extrémité supérieure s'articule toujours parfaitement avec les condyles. Cette extrémité à son volume normal ; mais elle présente à son union avec le corps une direction des plus remarquables.

La rotule luxée, le tendon rotulien, au lieu de tirer sur l'épine du tibia, suivant l'axe de cet os, a opéré des tractions continues suivant une direction oblique de bas en haut, de dedans en dehors et d'avant en arrière. La surface articulaire du tibia restant en place, fixée qu'elle était par les ligaments articulaires, le corps du tibia a été entraîné dans la direction que je viens de noter. D'où il est résulté que le péroné a été incliné, de même que le corps du tibia, en arrière et en dehors, que le pied a été porté dans la rotation en dehors, que le tibia a présenté un enfoncement à sa partie supérieure, interne et antérieure, au niveau de la jonction de son extrémité supérieure avec son corps, un peu en dedans de l'insertion du ligament rotulien.

Que l'on se figure, par la pensée, un tibia et un péroné de cire, de gutta-percha, d'une matière flexible en un mot, que l'on saisisse d'une main la tête du tibia, et que de l'autre main, après avoir empoigné solidement la jambe, on fasse exécuter à cette jambe un mouvement de rotation autour de son axe, de dedans en dehors, en poussant un peu en arrière et en haut, et l'on se fera une idée de la déformation qui existe sur la pièce qui vous est présentée, et du mécanisme de cette déformation. Elle s'est faite à la jambe par un mouvement de rotation inverse de celui qui s'est opéré pour le fémur.

Quant aux ligaments et aux ménisques interarticulaires, on ne remarque que la déchirure et la disparition presque complète du ligament croisé-antérieur.

Cette pièce est fort intéressante, et l'on se rend très bien compte de toutes les dispositions qui viennent d'être notées avec soin.

Le malade est tombé, la rotule s'est luxée. Probablement il s'est fait alors à la synoviale, à l'aponévrose d'insertion du muscle vaste interne quelques déchirures complètement guéries aujour-

d'hui, puisqu'on n'en retrouve plus de traces ; mais de ce côté la paroi fibreuse est restée assez lâche. Au contraire, au côté externe de la rotule, le tissu fibreux du manchon aponévrotique, qui entoure la rotule, le synoviale et toute l'articulation, s'est épaissi, rétracté ; de là l'explication naturelle de l'impossibilité de réduction, de la position de la rotule et des déformations consécutives à cette luxation.

Notons encore que, malgré cet accident, le malade a pu reprendre son service, et qu'il a toujours très bien marché jusqu'au moment où il a succombé à une affection du cœur.

M. *Dufour*. Cette pièce me rappelle un fait que j'ai observé l'an dernier dans le service de M. Ricord. C'était un joueur d'orgues qui est entré à l'hôpital du Midi pour une maladie vénérienne. A la suite d'un coup de sabre qu'il avait reçu au côté interne du genou, il a eu une luxation en dehors de la rotule. Cette luxation est très ancienne, et elle n'empêche nullement cet homme de marcher. Mais chez lui, contrairement à ce qui s'est passé dans le fait précédent, on peut réduire la luxation, ramener la rotule en avant, dans l'espace intercondylien, quand le malade est couché. Il fait exécuter lui-même ces mouvements à sa rotule quand il est placé dans une position horizontale, et je me suis plusieurs fois assuré de la réalité de ce fait. Mais la réduction ne se maintient pas, et l'on peut dire que la vraie position de cette rotule maintenant, c'est la luxation.

4. M. *Jessé* présente un exemple fort remarquable de *kystes multiples des reins*.

Le 7 février dernier est entrée, dans la salle Saint-Antoine à l'Hôtel-Dieu (service de M. Rostan), une femme âgée de soixante-huit ans, atteinte d'une pneumonie du sommet droit du poumon. Bien qu'il n'y eût aucun signe qui pût faire penser à une maladie des reins, M. Rostan examina les urines à l'aide de l'acide nitrique et de la chaleur. Ces deux expériences se confirmant l'une l'autre, montrent que l'urine renferme une quantité assez considérable d'albumine. En interrogeant alors la malade, on apprend qu'il y a un an environ elle a uriné du sang. En palpant le ventre, on sent vers la région lombaire une tumeur qui ne provoque aucune douleur. L'examen n'est pas poussé plus loin, une autre affection bien plus grave absorbant toute l'attention.

Dans les derniers jours de sa vie cette femme urinait difficilement. Les urines étaient très claires, très limpides. Dans les vingt-quatre heures qui ont précédé sa mort elle n'a pas rendu d'urine. A l'autopsie, on ne trouve dans la vessie qu'une petite quantité d'urine.

Dans le poumon droit, une pneumonie au troisième degré, affection qui l'avait conduite à l'hôpital.

Reins. Le rein gauche, dont le bassinet est plus grand qu'à l'état normal, présente une douzaine de kystes faisant relief à la surface du rein, et dont un est gros comme un œuf et noirâtre à l'extérieur, tandis que les autres sont transparents. Ils sont remplis d'un liquide incolore, limpide, rappelant à peu près le liquide séreux des hydrocèles; ils ne renferment pas d'acéphalocystes. La substance du rein est complètement détruite.

Le droit est entouré comme d'une grappe, et les kystes qui l'enveloppent sont bien au nombre de cinquante, de volumes variables, depuis la grosseur d'une petite noix jusqu'à celle d'un pois. Les uns ont un aspect rosé, les autres sont transparents, quelques-uns noirâtres. Il reste une petite proportion de substance rénale à la partie postérieure, dans le voisinage du hile, ce qui explique la persistance de la fonction urinaire.

M. Cruveilhier. Ce fait est bien intéressant et bien curieux. Des altérations semblables ne sont pas excessivement rares, et je ne puis en rencontrer sans qu'aussitôt la réflexion suivante se présente à mon esprit : comment se fait-il qu'avec une semblable lésion, alors qu'il n'existe pour ainsi dire plus de substance propre du rein, que des kystes ont envahi tout l'organe, comment se fait-il que la sécrétion urinaire continue à s'opérer ? Il y a des cas encore plus avancés que celui-ci ; j'ai quelquefois cherché en vain la substance rénale, et je n'en ai pas trouvé de traces.

5. *M. Milard* présente un exemple de *fracture compliquée des deux os de la jambe.*

L'homme qui avait cette fracture entra à l'hôpital dans le mois de novembre. Cette fracture était compliquée de plaie communiquant avec le foyer de la fracture et siégeant au niveau du tiers inférieur de la jambe.

Trois jours après son entrée à l'hôpital, il se déclara un phlegmon diffus qui envahit toute la jambe et monta à la cuisse. Des incisions multiples furent pratiquées, le phlegmon s'arrêta, entra

même en voie de guérison, et à la fin de décembre le malade allait bien; mais le fragment supérieur du tibia faisait saillie dans la plaie.

La plaie continua de suppurer pendant le mois de janvier; le pus n'était pas de bonne nature, le malade s'affaiblissait; mais l'état du malade, l'état du membre, dans lequel il s'était fait des fusées purulentes, ne permit pas de songer à l'amputation. Au commencement du mois de février, on s'aperçut qu'il s'était fait un travail de consolidation du côté du péroné. Il survint des abcès au mollet; la suppuration continua; le malade, miné par une fièvre hectique, succomba le 1^{er} mars.

Autopsie. — La fracture siège au niveau du tiers inférieur de la jambe. Le fragment supérieur du péroné, placé en dehors du fragment supérieur, mais avec un chevauchement qui ne dépasse pas 1 centimètre, est réuni à ce dernier par un cal fibreux assez résistant. Les mouvements qu'on imprime au péroné sont peu étendus dans ce point.

Du côté du tibia, les désordres sont surtout remarquables. Le fragment inférieur, taillé en biseau aux dépens de sa partie interne, est placé en dedans du fragment supérieur. Il est couché vers le péroné, et l'espace interosseux, en ce point, a presque complètement disparu. Dans sa portion interne, c'est-à-dire celle qui est en rapport avec le fragment supérieur, cette portion du tibia nous offre en bas, à 1 pouce à peu près au-dessus de l'article, une surface rugueuse, inégale, un peu spongieuse, couverte de quelques bourgeons charnus. Cette partie est en rapport avec l'extrémité inférieure du fragment supérieur.

Au-dessus, vers sa portion libre, on trouve une lamelle osseuse, dénudée, blanche, nécrosée, n'occupant pas toute l'épaisseur du fragment inférieur. C'est un petit séquestre, adhérent à l'os, et recouvert par le fragment supérieur, qui semble l'emprisonner. Certes ce séquestre, par sa position, eût été difficilement éliminé.

Le fragment supérieur chevauche sur l'inférieur. Il est passé en dedans et en avant; il est descendu de plus de 1 pouce plus bas que le siège de la fracture. Il est taillé en biseau, en sens contraire du précédent; mais il se termine par un bord mousse et non par une pointe plus ou moins tranchante. Toute cette extrémité est rougeâtre, rugueuse, vasculaire, recouverte d'une

assez grande quantité de bourgeons charnus. L'extrémité, qui repose sur le fragment inférieur dans le point que j'ai déjà signalé, a usé, comme corrodé, un peu de ce dernier.

Il n'y a pas d'adhérences entre les deux fragments. Pas de traces de séquestre dans le fragment supérieur.

6. M. Depaul. J'apporte à la Société un nouvel exemple des accidents de la syphilis chez les nouveau-nés. J'ai déjà bien souvent appelé l'attention de la Société sur ces altérations, puisque ma première présentation remonte à 1837.

Nous trouvons dans cet exemple le tableau presque complet des lésions que l'on peut observer dans des cas de ce genre :

Pemphigus, altérations du poumon, altérations du thymus.

Les bulles de pemphigus se rencontrent dans leur siège d'élection ; elles sont volumineuses, elles reposent sur un fond violacé, boursoufflé. Quand on les incise, on voit sous l'épiderme le derme excorié. Elles existent à la plante des pieds, à la paume des mains.

Voici les poumons de cet enfant, qui a vécu vingt heures. Il respirait assez bien en apparence. Les poumons sont rosés, ils s'insufflent facilement, et l'insufflation paraît les remplir partout. Au premier abord, on croirait avoir affaire à des poumons sains. Mais en palpant ces poumons, on sent qu'ils sont parsemés de noyaux indurés assez nombreux. Quand on incise ces noyaux, ils sont grisâtres, d'un gris jaunâtre. Dans les cas de ce genre, j'ai constaté avec MM. Lebert et Robin que ces noyaux étaient formés de tissu fibro-plastique, qu'ils ont une grande analogie avec les gommés syphilitiques. C'est ainsi, du reste, que M. Lebert les a caractérisés.

Le petit être, je l'ai déjà dit, respirait facilement, et l'on peut se demander si l'on n'aurait pas pu obtenir la disparition de ces noyaux à l'aide d'un traitement convenablement approprié, si l'enfant avait vécu.

Le thymus est peu développé. Il contient dans quelques points du pus, ou du moins un liquide jaunâtre qui ressemble à du pus. Ce n'est pas là le liquide blanchâtre, lactescent, que l'on rencontre quelquefois dans le thymus ; mais ce paraît être bien plutôt du pus jaunâtre, crémeux.

Le foie est sain. Il ne présente pas de taches grisâtres, rien à

l'extérieur ni à l'intérieur ; rien de cette altération qui a été décrite par M. Gubler.

La rate est saine aussi. On ne trouve aucune lésion dans la bouche.

La mère de cet enfant est âgée de vingt-deux ans. Elle est accouchée à l'hôpital de la Clinique, et c'est d'elle que je tiens les renseignements que je puis vous donner. Elle demeure chaussée Ménilmontant, 44 ; elle vit maritalement avec un artiste. Il y a deux ans, elle a eu un premier enfant qui a vécu jusqu'à seize ou dix-huit mois. Deux mois après ce premier accouchement, elle avoue qu'elle a mené une vie assez légère. A la suite de ces dérangements, elle s'aperçut qu'elle avait un bouton à la face interne de la grande lèvre gauche. Elle se gratta, le bouton s'envenima ; il survint une plaie, et elle consulta alors le docteur Bedel. Pendant deux mois elle fut cautérisée plusieurs fois par semaine.

Quand on examine les parties génitales, on voit à l'endroit que j'ai indiqué, et qu'elle montre avec le doigt, une dépression, une teinte blanchâtre, tout ce qui rappelle une cicatrice sur une muqueuse.

La malade n'a pris ni pilules, ni médicaments à l'intérieur.

Une nouvelle grossesse survient ; l'enfant naît avant terme (il n'avait que huit mois), comme il arrive dans des cas de ce genre.

Je ne doute pas, pour moi, que ces lésions que je viens de vous montrer soient dues à la syphilis. Il y a quelques jours j'ai rencontré M. Pidoux. Il m'a dit qu'il avait longtemps refusé d'admettre les altérations comme provenant de l'infection syphilitique, mais que depuis quelques années il avait complètement rejeté sa première idée ; qu'il avait pu observer plusieurs fois des cas de ce genre, et que pour lui ces signes étaient aussi pathognomoniques de la syphilis que le râle crépitant l'est de la pneumonie.

7. M. Depaul : Je reviens sur les *déformations congénitales de la matrice*, sur les *antéflexions* (que M. Boullard a décrites dans sa thèse inaugurale).

Quand M. Boullard me fit part de ces recherches, je lui adressai quelques objections qui se présentèrent de suite à mon esprit. Ainsi, lui disais-je, vos observations ont été faites sur le cadavre, vos pièces ont été recueillies à l'école pratique. Or, dans ces

cas, il s'est développé des gaz dans l'intestin, et ces gaz, en comprimant l'utérus, peuvent bien avoir amené la déformation que vous signalez. M. Boullard, dans sa thèse, reprend mon objection, mais il ne la reprend pas telle que je la lui ai soumise. Il me fait dire que des gaz dans le rectum peuvent bien, par leur présence, déformer l'utérus. Je n'ai jamais parlé du rectum, mais bien du tube digestif en général. Je n'aurais pas pu m'occuper du reste de gaz développés dans le rectum. M. Boullard répond à une objection que je ne lui ai pas faite, et que je regarde comme nulle, mais il ne répond pas à celle que je lui ai présentée.

Cette objection, je l'avais jetée un peu sans trop savoir quelle était sa valeur ; mais après plusieurs autopsies que j'ai faites avec soin, après ce que j'ai pu observer, je me suis aperçu qu'elle avait une grande importance ; et j'oserais dire maintenant qu'à l'autopsie on ne trouve presque jamais la direction normale de l'utérus, qu'il a été refoulé, déplacé par la masse intestinale engagée dans le petit bassin, par la présence de gaz dans le tube digestif, par le retrait des parois abdominales, etc.

Voici quelques observations :

J'ai fait une autopsie, il y a peu de jours, à l'hôpital de la Charité, en présence de plusieurs des internes de cet hôpital, de M. Laboulbène entre autres. C'était une jeune fille de vingt ans, chez laquelle on trouvait intacte la membrane hymen. Elle était morte du choléra.

Après avoir ouvert la paroi abdominale, je retirai un paquet d'intestin fortement engagé dans l'excavation pelvienne. Notre premier mouvement fut celui-ci : Voilà une femme qui n'a pas d'utérus ! Tout cet organe et la vessie étaient plaqués contre la symphyse pubienne. L'utérus était déplacé de trois manières différentes. Il était abaissé, repoussé en avant et un peu courbé vers sa partie supérieure ; c'était le premier degré d'antéflexion.

Mais sur le fond et la partie postérieure de cet organe, on voyait l'empreinte bien nette, bien marquée de trois anses intestinales, avec des fossettes correspondant à ces anses, et des crêtes, assez saillantes, répondant à l'intervalle qui les séparait.

Ces dépressions, ces crêtes prouvaient bien l'influence, sur la position de l'utérus, de la présence de l'intestin, de sa pression, de l'expansion des gaz contenus dans sa cavité.

J'ai enlevé l'utérus avec soin, je l'ai mis sur la table, je l'ai

redressé avec la plus grande facilité, et il est resté dans cette position, parfaitement droit; il n'a eu aucune tendance à se replacer en antéflexion, contrairement à ce qu'avait avancé M. Boullard.

Sur une autre femme, qui était dans la salle d'autopsie, et qui avait eu plusieurs enfants, nous avons aussi trouvé l'utérus abaissé, poussé en avant, et dans un certain degré de flexion. Sur cet organe encore nous avons observé les empreintes des anses intestinales.

Deux ou trois jours après, est morte, dans le service de M. Rayer, une jeune fille de seize ans. Elle était entrée dans les salles pour une affection tuberculeuse; elle eut une perforation intestinale, et une péritonite, à la suite de laquelle elle succomba.

À l'autopsie, on trouvait de la rougeur, de l'injection du péritoine; dans l'excavation pelvienne, une collection de sérosité purulente et quelques flocons albumineux dans le cul-de-sac recto-vaginal; une masse d'intestin, engagée dans le petit bassin, et placée surtout entre la vessie et l'utérus.

Cet organe était parfaitement droit, dans une direction bien normale. Il n'avait d'adhérences dans aucun point.

Hier, à l'autopsie d'une vieille femme qui avait eu des enfants, je trouvai l'utérus couché en travers, en rétroversion.

Voilà des faits que je puis invoquer à l'appui des objections que j'ai faites à M. Boullard.

J'ajouterai qu'il ne faut pas s'en rapporter seulement à ce que l'on trouve sur les cadavres, il faut aussi se préoccuper de ce que nous apprend, pendant la vie, l'examen que nous pratiquons. Chacun sait qu'on reconnaît assez facilement l'antéflexion de l'utérus, à l'aide des moyens que l'on emploie: toucher vaginal, toucher rectal, palpation de la paroi antérieure de l'abdomen, etc. Or, j'ai touché beaucoup de femmes, et j'affirme que je n'ai que rarement rencontré l'utérus dans la position que je viens d'indiquer. Depuis que les recherches de M. Boullard ont appelé mon attention sur ce point, j'ai apporté plus de soin encore à cet examen, et je suis arrivé aux mêmes résultats.

Certes, je tiens un grand compte des recherches faites par M. Boullard, j'estime et j'apprécie leur valeur, et si je suis plusieurs fois revenu sur ce sujet, c'est qu'il est intéressant et que je désire que l'on sache positivement à quoi s'en tenir. J'appelle de nouvelles recherches, j'engage les internes des hôpitaux à ne

rien négliger pour élucider cette question, et à nous apporter le résultat de leurs observations.

M. Boullard. Je regrette le malentendu qui s'est élevé entre M. Depaul et moi. Si j'ai, dans ma thèse, parlé de gaz contenus dans le rectum, c'est que je suis et reste convaincu que c'est sous cette forme que M. Depaul m'a alors présenté son objection. Ou moins c'est ainsi que je l'ai comprise. Ces explications suffiront, je pense, car tous deux nous cherchons à nous éclairer.

M. Gattard. J'ai l'honneur de montrer à la Société l'utérus d'une petite fille, chez laquelle on ne trouvait pas d'antéflexion. Les organes sont en place; je n'ai rien changé aux rapports de l'utérus, tels que je les ai rencontrés en ouvrant le cadavre de cette petite fille. On observe, non pas une flexion de l'organe, mais une simple courbure sur sa face antérieure. J'accompagne cette présentation d'une statistique fondée sur des cas de déplacements et de déviations de l'utérus que j'ai pu étudier.

Dès le service de M. Valleix, 68 observations de déviations utérines, 11 antéflexions, dont :

- 2 chez des femmes ayant eu un seul accouchement à terme ;
- 1 chez une femme ayant eu deux accouchements ;
- 1, un accouchement et une fausse couche ;
- 1 chez une femme qui a rendu une môle ;
- 2 chez des femmes qui ont eu une fausse couche et un avortement, la grossesse étant peu avancée.

Total : 7 femmes ayant été enceintes, 4 sans grossesse antérieure.

Dans différents services, 81 déviations utérines, 17 antéflexions; parmi lesquelles :

- 7 sur lesquelles on manque de renseignements ;
- 2 femmes ont eu deux enfants ;
- 1, un enfant et une fausse couche ;
- 1, un enfant ;
- 2, une fausse couche ;
- 4 n'ayant jamais eu de grossesse.

Dans le service de M. Huguier en 1852 et 1853, 21 déviations utérines, 9 antéflexions, dont :

- 5 désignées, antéflexions avec anté ou latéroversion.

De ces 9 cas :

- 1 seule femme n'a pas eu d'enfants ;

- 1, trois enfants et trois fausses couches ;
- 1, trois accouchements à terme ;
- 1, trois accouchements dont un double ;
- 5, un seul enfant.

En 1854, dans le service de M. Huguier : 9 cas de déviations utérines, 2 antéflexions, dont :

- 1 femme a eu deux enfants ;
- 1 a eu un seul enfant.

L'utérus, dans l'état normal, n'est pas rectiligne ; aussi les instruments qui doivent pénétrer dans la cavité ont-ils une certaine courbure. L'exemple que je présente vient encore confirmer cette manière de voir.

M. *Blot*. Comme M. Gallard, je crois que l'utérus normalement a une certaine courbure. Chez les jeunes enfants, je crois que cette disposition tient à la prédominance du développement du col par rapport au corps. Le col allongé s'infléchit en avant, et se rapproche de la base du corps de l'utérus. Il en résulte une certaine courbure. Que cette courbure soit exagérée, voilà une flexion. Le mot antéflexion est souvent mal appliqué. Il ne faut pas perdre de vue que tantôt c'est le col qui se porte vers le corps, tantôt au contraire le corps vers le col. Dans le premier cas, c'est l'antéflexion du col sur le corps ; dans le second, l'antéflexion du corps sur le col. Désigner l'une et l'autre disposition sous le nom d'*antéflexion*, c'est confondre, à mon avis, deux états bien différents. J'ajouterai que l'antéflexion chez les tout jeunes sujets n'est pas aussi fréquente que M. Boullard l'a avancé dans sa thèse.

M. *Boullard*. En rédigeant ma thèse, j'ai été porté à élever le chiffre relatif des antéflexions dans le jeune âge, parce que mes collègues me présentaient les cas d'antéflexion qu'ils pouvaient rencontrer et que je n'ai pas tenu assez compte, peut-être, de la proportion de ce genre de déplacements par rapport au nombre de fœtus ouverts. J'ai fait de nouvelles recherches : sur 9 sujets, six fois j'ai vu une antéflexion, trois fois, cette déviation n'existait pas.

M. *Gallard*. La distinction qu'établit M. Blot me paraît importante. Ces déviations, en effet, donnent lieu à des symptômes divers, suivant leurs rapports, suivant leurs degrés, suivant qu'elles pressent ou non sur la vessie.

M. Broca. J'aurais plusieurs observations à faire sur ce qui vient d'être dit :

D'abord l'explication que donne *M. Blot* sur la cause de la flexion du corps sur le col, chez le fœtus, me paraît ingénieuse, mais repose-t-elle sur un nombre suffisant de faits bien étudiés ?

En second lieu, la distinction que veut établir *M. Blot* entre les diverses espèces de flexions, ce qu'il dit sur la déféctuosité du nom, me semble exagéré. Le mot flexion est un terme générique, comme le mot luxation. Le mot antéflexion est encore un terme général. On dit antéflexion, comme on dit luxation de l'épaule, de la cuisse, etc. Maintenant, qu'il y ait tantôt flexion du corps sur le col, tantôt flexion du col sur le corps, j'ajouterai même flexion à la fois du corps et du col l'un sur l'autre, ce sont des états d'une même affection et je ne vois pas pourquoi on ne conserverait pas le mot antéflexion.

Quant à l'utérus, normalement, il n'est pas courbé, mais il est droit, parfaitement droit; et si l'on donne aux instruments, à l'hystéromètre, une certaine courbure, c'est parce que, pour cathétériser cet organe, il faut passer par un canal qui n'est pas sur la même ligne que l'axe de l'utérus.

M. Gallard a parlé de la diversité des symptômes qui accompagnent les déplacements de l'utérus. C'est là la source de toutes les discussions que cette question soulève en ce moment. On ne tient pas assez compte des états particuliers, de la constitution des femmes que l'on peut examiner. Pourquoi telle femme n'est-elle nullement incommodée d'un déplacement de la matrice, tandis que telle autre éprouve les douleurs les plus aiguës ? A *Lourcine*, par exemple, sur vingt-cinq ou vingt-six malades que j'ai rencontrées et qui avaient une antéflexion, il y en a une ou deux qui souffrent, les autres n'ont aucun signe de l'affection qu'elles portent. Peut-être, dans les cas où une semblable position est douloureuse, existe-t-il des brides, des adhérences, comme j'en ai rencontré dans le cas malheureux dont j'ai publié l'observation.

M. Blot. Je maintiens que, dans l'état normal, l'utérus est un peu courbé en avant, chez les jeunes sujets. Quant à l'existence des brides, que l'on pourrait invoquer, pour expliquer jusqu'à un certain point les douleurs plus ou moins vives qui accompagnent les déviations utérines, je dirai que j'ai souvent, à la Sal-

pêtrière, trouvé, en faisant des autopsies, de ces brides, chez des femmes qui ne souffraient point de ce côté. Il faut tenir grand compte de l'état de la muqueuse utérine et peut-être la névralgie joue-t-elle un grand rôle, trop longtemps négligé.

8. M. *Vidal* : Je viens montrer à la société une *ulcération du larynx* à la base du cartilage arythénoïde. Cette ulcération a la grandeur à peu près d'une pièce de 20 centimes. Elle occupe presque toute l'épaisseur de la muqueuse.

Cette pièce a été recueillie sur un jeune enfant de quatre ans, entré le 29 janvier pour être traité, à l'hôpital des Enfants, d'une coqueluche datant de deux mois. Il est mort d'une bronchite capillaire. On avait observé pendant la vie que cet enfant avait la voix rauque, une toux croupale, avec un engorgement des ganglions sous-maxillaires. Il n'y avait pas de fausses membranes dans le pharynx, ni dans le larynx, ni dans les bronches. On trouvait à son entrée à l'hôpital deux petites plaques diphthéritiques, une sur la langue, une à la face interne des joues. Une dizaine de jours plus tard, le petit malade fut pris d'une gangrène de la langue, puis d'une gangrène de la joue ; et cette gangrène était née sur les plaques de diphthérie.

Voilà un cas de *diphthérie*, suivie de *gangrène*, chez un malade qui n'a eu ni scarlatine, ni rougeole, etc.

Deuxième pièce. — Je présente à la Société une seconde pièce. C'est encore un larynx, mais celui-ci provient d'un enfant de huit ans, chez lequel la *trachéotomie* fut pratiquée, et qui est mort quinze jours après l'opération.

Ce petit malade fut apporté à l'hôpital le 14 février. Il était atteint du croup, il suffoquait. L'opération fut jugée urgente, et pratiquée tout de suite.

Je note en passant que, par l'examen de la cavité buccale, on ne voyait pas de fausses membranes dans le pharynx. 7 fois sur 10, j'ai observé qu'il n'y avait pas de fausses membranes dans le pharynx chez des malades atteints de croup.

Après l'opération, et pendant les trois jours qui suivirent, le malade expulsa, par la canule, beaucoup de fausses membranes.

Le 19, on retira la canule, mais on dut la remettre le soir, car l'enfant suffoquait. Le 20, elle fut définitivement enlevée. Le 21, le malade fut pris d'une pneumonie, qui marcha tout de suite vers

une fâcheuse terminaison. Le 27, il survint un oreillon à gauche ; le 28, l'enfant mourut.

Quand la canule fut enlevée et que le malade avalait des liquides, ces liquides retombaient dans le larynx ; si l'on bouchait la plaie avec le doigt, cet inconvénient disparaissait.

Autopsie. — Quelques fausses membranes dans les replis arythéno-épiglottiques. Rien sur les amygdales, les piliers du voile du palais, ou l'épiglotte.

La trachée est rouge, criblée de petites ulcérations. Une surtout, plus large et plus profonde que les autres, correspond à l'extrémité inférieure de la canule, dans le point où cette partie de la canule devait frotter dans l'intérieur de la trachée. De petites ulcérations aussi dans les bronches, qui sont dilatées à leurs extrémités. A la base du poumon droit et à la partie antérieure, pneumonie au troisième degré ; quelques abcès du poumon, bien caractérisés, s'ouvrent dans les bronches. On voit aussi, en cet endroit, quelques vaisseaux oblitérés par un caillot. A gauche, pneumonie aussi au troisième degré.

9. M. Boullard montre les deux ovaires d'une petite fille, née à terme, qui a vécu quelques jours, puisque la cicatrice ombilicale est formée.

Ces deux ovaires sont énormes, étalés comme une feuille de fougère. Ils ont bien 3 centimètres de long, sur 1 de large, et leur épaisseur a au moins 5 à 6 millimètres.

10. M. Boullard présente un cas de *persistance du thymus* chez un petit garçon de quatre ou cinq ans. Cet enfant a été écrasé, et son cadavre a été apporté à l'école pratique. On remarque sur le thymus deux lobes bien distincts, assez larges, étalés, réunis et reliés entre eux par du tissu cellulaire.

M. Cruveilhier : On n'est pas fixé sur l'époque de la disparition du thymus. Elle arrive à des âges variables suivant les différents individus. En général, à quatre ans, il n'a plus le volume qu'on remarque sur ce petit sujet ; mais cependant des cas semblables à celui-ci ne sont pas très rares.

11. M. Lorain : 1° Voici un vaste kyste de l'ovaire que j'ai trouvé sur une femme de soixante ans, qui a succombé dans les salles de la clinique. C'était une ancienne sage-femme. On sentait, en palpant l'abdomen, des tumeurs multiples à gauche et à droite, les unes dures, les autres fluctuantes. Mais c'est surtout à

gauche que le ventre était distendu par un énorme kyste, que l'on reconnaissait très aisément pour appartenir à l'ovaire.

A l'autopsie, on trouve des tumeurs sur l'un et l'autre ovaire. Les unes sont dures, et de nature fibreuse; les autres sont formées par une collection liquide. Ces dernières sont au nombre de trois ou quatre; deux surtout sont : l'une grosse comme le poing, et occupant l'ovaire droit; l'autre dix fois plus volumineuse, et siégeant dans l'ovaire gauche. Ce kyste est rempli d'un liquide brun couleur de marc de café, et formé de sérum, tenant en suspension une assez grande quantité de cholestérine. Ses parois sont très épaisses; elles ont près d'un demi-centimètre. On remarque à l'intérieur, collées contre la paroi interne, des cloisons fibreuses tendues comme des cordes. Ces cordons sont, sans nul doute, les vestiges des lamelles fibreuses qui cloisonnent l'ovaire, et forment la charpente du stroma.

2° Cette seconde pièce est un *pied*, qui a été amputé ce matin par M. Nélaton, par la méthode *sous-astragalienne*.

Le malade est un garçon boucher, âgé de dix-huit ans, qui nous donne les détails que je vais rapporter :

Il avait toujours joui d'une fort bonne santé, et n'avait jamais souffert dans aucune articulation, lorsque, il y a six mois, il fit un faux pas. A partir de ce moment, il ne put plus marcher qu'avec peine, et en souffrant beaucoup. Il entra à l'hôpital Sainte-Marguerite, où il fut traité, dit-il, pour une entorse du pied droit, par des compresses résolutives, des vésicatoires, etc. Il sortit six semaines après, mais sans être complètement guéri. Son pied devint de plus en plus malade, bientôt il fut forcé de garder le lit, sa santé s'altéra, et il entra à l'hôpital des Cliniques dans l'état suivant :

Il est pâle, amaigri, affaibli par la souffrance et la suppuration. Son pied droit est tuméfié, rouge, tendu, douloureux. La tuméfaction siége surtout au niveau des articulations tarso-métatarsiennes; elle remonte vers l'articulation tibio-tarsienne. Quelques points sont fluctuants. Dans d'autres points, au niveau du premier cunéiforme, de la tête du premier métatarsien et du scaphoïde, il y a des trajets fistuleux, par lesquels s'échappe du pus mal lié. Le stylet, introduit par ces ouvertures, pénètre dans des tissus spongieux, et arrive jusqu'aux os, dans lesquels il s'enfonce aisément.

M. Nélaton diagnostique une altération des os, portant surtout

sur les cunéiformes, le scaphoïde, le premier et le deuxième métatarsiens.

En présence d'une semblable altération, l'amputation est décidée. L'âge du sujet, la crainte de l'exposer au renversement du pied en arrière, qui suit si souvent les amputations suivant la méthode de Chopart, et aussi la pensée que le calcanéum pourrait bien participer à la lésion, font préférer l'amputation dite sous-astragaliennne.

Cette opération est pratiquée suivant le procédé de M. J. Roux. C'est une opération longue, laborieuse, difficile, mais qui est très heureusement terminée. C'est la seconde amputation sous-astragaliennne que M. Nélaton pratique depuis un an. Le premier malade est sorti très bien guéri, et marche fort bien.

J'ai examiné le pied qui a été enlevé. On y retrouve les trajets fistuleux que j'ai notés plus haut, des décollements, des foyers purulents sur presque toute sa face dorsale. Le premier surtout, le deuxième et le troisième cunéiformes sont profondément altérés; ils sont cariés, surtout dans leurs faces métatarsiennes. Il n'y a plus trace de cartilage dans leurs articulations. Les deux premiers métatarsiens, et surtout le premier, sont atteints aussi de carie. Le scaphoïde est ramolli. Le scalpel s'enfonce assez facilement dans son tissu. Quant au calcanéum, il est un peu plus graisseux qu'à l'état normal, il se laisse aisément couper en lamelles minces, mais il ne paraît pas profondément altéré.

3° Je présente encore à la société une autre pièce pathologique, c'est un *morceau de polype naso-pharyngien*, enlevé, il y a quelques jours, par M. Nélaton, sur un jeune homme de province, entré à l'hôpital des Cliniques.

L'opération a été pratiquée, suivant son procédé habituel, après avoir fendu le voile du palais et enlevé la voûte palatine.

Le polype était implanté sous l'apophyse basilaire, et sur la face inférieure du corps du sphénoïde. Il poussait un prolongement dans les narines droite et gauche, et, en arrière, il descendait très bas dans le pharynx, refoulant en avant le voile du palais. M. Nélaton a extrait une portion de ce polype, que je vous présente gros comme un petit œuf de poule; il n'a pas cherché à enlever la totalité de la production morbide, il détruira ce qui reste par des cautérisations successives, et il se propose de se servir comme caustique de l'acide azotique mono-hydraté, qu'il

emploie avec certaines précautions. Il prend un tube de verre assez long, taillé en bec de flûte à l'une de ses extrémités. Il applique ce bout contre la partie qu'il veut détruire, puis il glisse, par ce tube, un pinceau imbibé de caustique. Il évite ainsi pour le malade les inconvénients des vapeurs âcres et corrosives que dégage l'acide.

Ce polype a tous les caractères physiques et microscopiques des productions fibreuses.

M. Nélaton a opéré, il y a quelques semaines, un autre *polype*, *fibreux* aussi, implanté aussi sur la face inférieure de l'apophyse basilaire et du corps du sphénoïde. Le malade était faible, épuisé par les accès de suffocation, la difficulté de respirer et de prendre des aliments : il mourut de résorption putride. L'autopsie nous a révélé plusieurs faits bien curieux. Le polype poussait des prolongements dans les cellules ethmoïdales, et l'un de ces prolongements était venu gagner la face supérieure de l'orbite, avait usé, corrodé, perforé cette lame osseuse et se trouvait placé au-dessus du nerf optique, sur lequel il était appuyé. Le malade voyait peu de ce côté, et avait la pupille dilatée. De plus, ce polype avait, dans les fosses nasales, contracté des adhérences avec la muqueuse. Le mécanisme de ces adhérences peut s'expliquer de la manière suivante : Le polype appuie sur la muqueuse, il gangrène, il ulcère le point qu'il touche ; cette partie ainsi ulcérée, en contact avec le polype, contracte des adhérences avec lui. Ces adhérences rendraient difficile l'ablation de toute la masse de production nouvelle : il n'est pas besoin de pousser trop loin l'ex-tirpation, la cautérisation fera justice de ce qui restera ; ces cautérisations devront être souvent et longtemps répétées, si l'on veut être à l'abri d'une récidive.

M. Brocq : Ce que vient de dire M. Lorain de la formation des adhérences des diverses portions d'un polype entre elles, et avec les tissus voisins, me rappelle une pièce présentée par notre savant collègue, M. Lebert. C'était un polype de la base du crâne, ayant le siège d'implantation que vient d'indiquer M. Lorain. Il avait poussé un prolongement dans la fosse zygomatique. Mais cet appendice du polype tenait à la masse principale par deux pédicules, l'un situé entre l'os maxillaire supérieur et le palatin, l'autre derrière le palatin, séparés par conséquent par une lamelle osseuse. Il est probable que ces deux prolongements partis

de la fosse nasale correspondante, étaient arrivés, dans la fosse zygomatique, séparés d'abord, puis qu'ils avaient contracté des adhérences, et avaient fini par ne former qu'une seule tumeur.

12. M. *Blain des Cormiers* présente un exemple bien intéressant d'hémorrhagie dans les reins, à la suite de scarlatine. On ne trouvait rien de notable dans l'intestin grêle ; dans le gros intestin, des taches rouges, de petites ecchymoses, le purpura du gros intestin. Du sang se trouvait dans la vessie, mêlé à une petite quantité d'urine (le malade n'avait pas uriné de sang). Dans les reins, il existait dans le calice et dans les bassinets, des caillots volumineux, remplissant presque complètement ces cavités, et formés d'un sang assez noir.

13. M. *Cruveilhier* : On vient de m'envoyer un corps thyroïde que je tenais à vous faire passer sous les yeux, et qui est transformé en kystes hématiques. Il y en a trois, deux gros et un petit ; le plus gros est placé à droite.

Ces poches ont des parois épaisses, doublées de fausses membranes, semblables à celles que l'on rencontre dans les hémato-cèles des bourses, et contenant dans leur intérieur de la bouillie épaisse, et des caillots assez abondants.

14. M. *Foucher* montre une articulation du coude, offrant une de ces lésions, si remarquables, que l'on doit rapporter à l'arthrite sèche.

Cette articulation a au moins doublé de volume. Cet accroissement ne tient pas à la présence de liquide dans son intérieur, parce qu'elle n'en renferme pas une goutte, mais elle est due surtout à des corps étrangers que l'on y trouve, et aussi à la déformation et au gonflement des surfaces articulaires.

Ce coude est dans une position moyenne entre la supination et la pronation. L'extrémité supérieure du radius, très élargie, est rejetée en dehors.

Les mouvements de flexion sont très bornés, ceux d'extension plus encore. Dans la flexion, on sent très bien, sous la capsule articulaire, des corps mobiles, de véritables corps étrangers. Dans l'extension, au contraire, et M. Foucher insiste sur ce point, les corps sont complètement immobiles, on ne peut plus, comme tout à l'heure, leur imprimer des mouvements de latéralité. M. Foucher fait aussi remarquer qu'il n'est pas rare, qu'il est même fréquent de trouver des corps étrangers dans les articula-

tions, sur les cadavres apportés à l'école, mais cet exemple est le plus saisissant qu'il ait observé.

On incise la capsule, en avant d'abord ; on trouve plusieurs corps durs, irréguliers, tenant par un pédicule à la membrane synoviale. Un surtout tient par un petit filament, comme un gros grain de raisin appendu sur sa grappe. Un autre est situé dans le ligament annulaire. En arrière, on trouve aussi au moins deux de ces petits corps, de grosseur différente.

Cette pièce sera déposée dans le musée Dupuytren.

15. M. Broca montre un *petit fragment de membrane* que lui a envoyé un médecin de la ville, avec quelques renseignements. Dans une même famille, une femme et son beau-frère, le beau-frère depuis une dizaine d'année, la femme depuis quinze mois, rendent assez souvent par l'anus des fragments membraneux, blanchâtres, irréguliers, ayant quelquefois 2 ou 3 lignes d'épaisseur.

M. Broca avait d'abord songé à des fragments de fausses membranes, ou de muqueuses, ou à des débris d'acéphalocystes. Mais ces fragments n'ont pas la couleur de débris hydatiques ; ils sont rendus sans qu'il y ait de troubles intestinaux, et à des intervalles assez rapprochés, ce qui éloigne aussi la première hypothèse. Déployé sous l'eau, on peut voir que ce lambeau est mince, et qu'il présente quelques stries transversales, comme cela s'observe sur des fragments de muqueuse.

Au microscope, on ne trouve ni glandes, ni villosités, ni quoi que ce soit qui ressemble à un morceau de muqueuse d'intestin. C'est un amas de fibres fort épaisses, ayant chacune plus de 0^{mm},01, anastomosées comme les fibres élastiques. Ces fibres offrent toutes des stries transversales, comme cela s'observe sur des productions végétales. Cela ressemble beaucoup aux algues parasites que l'on rencontre sur certaines fausses membranes, dans le muguet. Seraient-ce des fausses membranes sur lesquelles se seraient greffées des productions végétales ?

M. Cruveilhier : Je vois souvent, dans ma pratique, des personnes qui rendent des fausses membranes, au milieu de l'apparence d'une bonne santé, et quelquefois après quelques douleurs intestinales. Ces débris ont tantôt la forme d'un tube, tantôt sont disposés en filaments. J'ai une cliente qui, depuis huit ans, rend tous les jours de ces fragments. Mais cette malade a une inflammation chronique de l'intestin, suite d'un rétrécissement. Ce

fait s'explique assez bien pour cette dame. Mais la présentation de M. Broca me paraît on ne peut plus intéressante.

Oblitération de la veine cave supérieure, par une tumeur squirrheuse, par M. Bailly.

Le 12 janvier 1854 est entrée dans le service de M. Briche-teau, à l'hôpital Necker, une femme de trente ans, d'une forte constitution, pléthorique et souvent exposée aux congestions sanguines.

D'une bonne santé habituelle, ordinairement bien réglée, ce n'est que depuis le mois d'avril 1853 qu'elle a commencé à souffrir. Palpitations, suppression de la menstruation, congestions cérébrales, etc.

A son entrée à l'hôpital, elle offrait les symptômes suivants : face très rouge, comme boursouflée ; respiration embarrassée, pénible même ; pouls fréquent, mais petit (20 sangsues à la partie supérieure des cuisses). Affaiblissement assez considérable.

Les jours suivants, gonflement très notable des veines jugulaires externes, surtout à droite : rougeur un peu violacée de la face ; rien à l'auscultation. Peu après, la turgescence des veines du cou s'étend aux rameaux veineux des parois thoraciques, qui forment sur la peau un réseau bleuâtre très marqué.

Au commencement de février, les jugulaires ne s'affaissaient plus même pendant les mouvements d'inspiration. Quelques jours plus tard, il fut possible de reconnaître, au toucher, la présence de caillots dans leur intérieur. De l'œdème survint autour d'elles, en avant et en haut du thorax et s'étendit au membre thoracique droit, dans toute sa longueur. L'auscultation donnait toujours, quand on recherchait la cause de cette stase sanguine, des résultats négatifs.

Vers le 10 février, signes de pleurésie aiguë du côté droit (saignée générale, révulsifs, vésicatoires).

La maladie va en s'aggravant ; la malade meurt le 14 février.

Autopsie. — Trente-six heures après la mort. Des lignes flexueuses, rouges, violacées dessinent, sur la peau du cou et de la paroi thoracique antérieure, le réseau veineux, très distendu.

Les clavicules sont sciées à leur partie moyenne, les côtes un peu en dehors de leur union au cartilage costal et la paroi tho-

Facilement enlevée avec précaution, de manière à bien découvrir les viscères de la poitrine.

En arrière et en haut du sternum, dans le médiastin antérieur, apparaît une tumeur du volume d'un œuf de poule, s'étendant de l'un à l'autre poumon et cachant complètement l'origine des gros vaisseaux. Son tissu est d'un blanc grisâtre, un peu jaunâtre, résistant, lardacé, criant sous le scalpel et rappelant les caractères du tissu squirrheux. Cette masse est simplement appliquée sur la crosse de l'aorte et les gros troncs qui en partent, de manière que leur calibre est normal. Mais la veine cave supérieure, complètement entourée par le tissu morbide, est comprimée, entièrement oblitérée dans ses trois quarts inférieurs. A l'union des troncs veineux brachio-céphaliques, le calibre de la veine-cave est considérablement rétréci, sans être complètement fermé, ainsi que ces troncs eux-mêmes. Le tronc veineux brachio-céphalique gauche pourrait à peine admettre une plume d'oie. Ses parois, de même que celles de la veine cave et du tronc veineux brachio-céphalique droit, sont confondues avec le tissu induré qui les entoure. Elles reprennent leur souplesse et leur aspect au point de jonction des veines sous-clavière et jugulaire.

Les deux branches d'origine de la veine cave supérieure, la portion très restreinte de cette veine encore perméable, sont remplies par des caillots durs, fibrineux. Ces caillots remontent jusque dans les veines jugulaires et sous-clavières.

Quant au sang que contiennent les veines sous-cutanées de la paroi thoracique antérieure, il est épais, visqueux, mais encore fluide.

Le péricarde renfermé à peu près un verre de sérosité, sans flocons blanchâtres.

Le volume du cœur est ordinaire, son tissu pâle et ramolli, à l'exception toutefois de la paroi postérieure de l'oreillette droite, laquelle est épaissie, convertie en un tissu semblable à celui qui forme la tumeur.

Sérosité trouble avec des flocons albumineux dans la plèvre du côté droit; couche mince de fausses membranes doublant la séreuse viscérale et pariétale.

Les poumons, pesants et violacés, sont le siège d'une forte congestion œdémateuse et sanguine. Quelques tubercules rares et petits au sommet du poumon droit.

L'artère pulmonaire et ses divisions, les veines pulmonaires sont perméables dans toute leur étendue.

Les autres viscères n'ont point été examinés.

Hémorrhagie dans le ventricule latéral droit ; perforation de la cloison transparente, par M. Voisin, interne des hôpitaux.

Le malade était un homme de quarante-cinq ans, fort, vigoureux. Il était tanneur, s'adonnait souvent à la boisson ; d'après les renseignements donnés par sa femme, depuis trois semaines il était toujours ivre ; sa vue a toujours été bonne.

Son père était atteint de la danse de Saint-Guy, sa mère est morte phthisique. De trois enfants, deux ont succombé à des convulsions.

Le jeudi 9 février 1854, après un repas frugal, il ressentit, sans autre prodrome, une céphalalgie insupportable dans la région pariétale gauche ; la langue s'embarrassa ; les paroles devinrent intelligibles ; il vomit ; les yeux devinrent hagards ; à ces symptômes se joignirent des cris, de l'agitation, des gestes et des propos incohérents, des contractures et une insensibilité complète.

Le médecin fit poser vingt sangsues derrière les oreilles et le lendemain pratiqua une saignée.

Les jours suivants, l'agitation continua ; on fut obligé de l'attacher.

Au bout de six jours, le médecin craignant quelque accident, suite de l'agitation du malade, le fit transporter à Bicêtre, dans le service des aliénés.

Le 15 février, lendemain de son entrée, nous constatons une stupeur profonde, approchant de l'extase. C'est à grand peine qu'on obtient quelques réponses ; encore sont-elles mêlées de mots incohérents. Abandonné à lui-même, le malade ne profère aucune parole.

La vue est très faible, le malade ne saurait dire le nombre des doigts qu'on lui montre ; aucun signe de cataracte. La pupille est rétrécie, mais encore immobile. Le malade n'accuse aucune douleur.

Lèvres, langue, sèches, fuligineuses : constipation ; vomissement jaunâtre.

Le pouls est fort, 72 pulsations.

Le malade ne peut se tenir sur ses jambes ; la motilité et la sensibilité sont surtout abolies dans les membres gauches ; quelques contractures.

(M. Moreau pense, en raison des antécédents alcooliques, avoir affaire à une stupeur ébrieuse. L'absence de renseignements antérieurs empêche de croire à une hémorrhagie.)

Limonade crème de tartre.

Opium. 0,10

Limonade vineuse.

Le 16 et le 17. Même état.

Le 18. Face rouge, peau couverte de sueur ; 152 pulsations ; glace sur la tête.

Le 19. Augmentation de la stupeur ; 151 pulsations.

Le 20. Mort à quatre heures et demie du matin, sans que le malade ait présenté d'autres symptômes.

Autopsie. — Vingt-six heures après la mort.

Méninges saines, ainsi que la surface extérieure des hémisphères. Piqueté de la substance blanche de l'hémisphère droit.

Il s'échappe du ventricule latéral droit une grande quantité de sérosité sanguinolente. Dans la cavité ventriculaire, couché sur la couche optique et se prolongeant dans l'étage inférieur, est un caillot d'un gris noirâtre, du volume d'un œuf, mou, complètement libre.

Au-dessous de cette masse, le plexus choroïde est sain, mais un peu décoloré.

Les parois du ventricule sont injectées par de nombreuses arborisations.

Une perforation existe dans la cloison transparente, l'orifice laisserait passer un gros pois. Les parois de la cloison sont molles et violacées.

Une partie de la sérosité sanguinolente est passée dans le ventricule gauche ; le plexus choroïde de ce côté est rouge.

Caillot dans le corps strié.

Ulcère chronique simple de l'estomac chez une femme de cinquante-huit ans. — Entrée à l'hôpital de la Charité le 2 juin 1851, morte le 5 juillet. — Par M. Parmentier, ancien interne des hôpitaux.

Cette femme, qui a les yeux bruns, les cheveux noirs mêlés de quelques cheveux blancs, dont la peau présente une coloration générale brune, est maigre, et son système musculaire est très peu développé ; elle a été réglée à l'âge de dix-huit ans sans accidents ; depuis, la menstruation a toujours été régulière et a cessé complètement il y a dix ans ; jamais elle n'a eu d'enfants. Elle ne peut donner aucun détail sur la maladie à laquelle ont succombé son père et sa mère. Elle dit avoir toujours joui pendant toute sa vie d'une bonne santé jusqu'à l'époque où elle a commencé à éprouver les premiers symptômes de la maladie qui l'a conduite à l'hôpital. Cette femme raconte qu'il y a deux mois et demi, elle remarqua que ses digestions étaient très laborieuses ; elle dit qu'après chaque repas elle sentait son estomac se gonfler comme s'il était fortement distendu par des gaz, il lui semblait que son estomac allait se rompre ; plus tard, elle éprouva sur les limites de la région épigastrique et de l'hypochondre gauche une douleur très vive, augmentant par la pression, elle perdit l'appétit et les forces. Elle alla consulter un médecin qui lui prescrivit de l'eau de Seltz et des boissons émollientes.

Il y a quinze jours, elle a vomi pour la première fois des matières noires absolument semblables à celles qui sont actuellement dans son crachoir ; depuis cette époque, lorsqu'elle a mangé, l'estomac est fortement distendu par des gaz. Bientôt surviennent des éructations continuelles et qui se terminent par un vomissement de matières noires. Chez elle, la malade a été soumise à un traitement composé exclusivement de calmants. Voyant qu'elle n'en retirait aucune amélioration, elle s'est décidée à entrer à l'hôpital le 2 juin dernier.

La malade éprouve dans la région épigastrique une douleur obtuse, mais s'exaspérant par la pression et lorsqu'elle a mangé ; elle nous raconte qu'après chaque repas, elle sent son estomac se distendre par une grande quantité de gaz, lesquels ne tardent pas à s'échapper par la bouche et sont immédiatement suivis d'un

vomissement de matière noire, exhalant une odeur acide très prononcée ayant l'aspect de la suie délayée dans de l'eau. Elle ne vomit que lorsqu'elle a mangé ou lorsqu'elle a pris de la tisane ; je l'ai vue plusieurs fois le soir vomir tous les liquides qu'elle avait pris dans la journée. Avant le vomissement, on voit l'estomac totalement distendu se dessiner sur la paroi abdominale antérieure ; quelquefois la malade ne vomit que le lendemain les substances ingérées la veille. Elle éprouve une constipation opiniâtre, et lorsqu'elle va à la selle, elle rend des matières dures et noires ; la langue est humide, ne présente aucun enduit ; au palper, on ne sent aucune tumeur dans l'abdomen, quel que soit le point que l'on explore ; la respiration et la circulation se font bien, le pouls donne 70 pulsations, l'intelligence est intacte ainsi que les organes des sens. (12 sangsues à l'épigastre. Magnésie calcinée. Julep, sirop d'hydrochlorate de morphine, 15 grammes. Lavements purgatifs. Vésicatoire à l'épigastre.)

Pendant tout le temps de son séjour à l'hôpital, la malade n'a pas présenté d'autres symptômes que ceux qui sont rapportés plus haut ; dans les derniers jours, la douleur épigastrique est devenue très vive ; la malade a complètement perdu l'appétit.

3 juillet. Facies hippocratique, yeux fortement excavés, entourés d'un cercle noirâtre, extrémités froides, pouls petit, 110 pulsations ; les vomissements de matière noire sont plus fréquents et sont devenus spontanés ; douleur très vive à l'épigastre, faiblesse extrême. La malade répond à peine aux questions qui lui sont adressées. (Sinapismes. Vésicatoires aux membres inférieurs. Julep *ut supra*.)

5 juillet. La malade est à l'agonie et meurt à deux heures du matin.

Autopsie (quarante-quatre heures après la mort). *Habitude extérieure*. — Aucune rigidité cadavérique.

Abdomen. — Aucun liquide dans la cavité de l'abdomen, péritoine lisse, aucune injection du tissu cellulaire sous-péritonéal ; aucune adhérence anormale entre les anses de l'intestin.

Œsophage. — L'œsophage est très dilaté.

Estomac. — Le petit cul de-sac de l'estomac est très développé, on dirait d'une poche surajoutée à l'estomac. La face postérieure de cet organe est intimement adhérente au pancréas au niveau du pylore. Sa petite courbure semble avoir diminué de

longueur, au palper on sent au niveau du pylore une induration. L'estomac est incisé le long de sa petite courbure, l'orifice pylorique admet à peine l'extrémité du petit doigt ; au pourtour de l'orifice du pylore, on trouve une ulcération cicatrisée, laquelle comprend presque toute l'épaisseur des parois de l'estomac. L'orifice du pylore présente des plis radiés, l'anneau musculaire qui limite le pylore est considérablement hypertrophié ; la muqueuse est épaissie à son niveau, et sa couleur rosée tranche sur la coloration blanchâtre du tissu de cicatrice qui a succédé à l'ulcération et qui se trouve placé en arrière du bourrelet qui vient d'être décrit.

Au pourtour du pylore, dans la partie de la muqueuse qui constitue le petit cul-de-sac, la muqueuse présente plusieurs taches ecchymotiques. Toute la muqueuse gastrique est notablement épaissie ; on l'isole très aisément de la membrane fibreuse, même dans le grand cul-de-sac de l'estomac.

Intestin. — La membrane musculieuse est hypertrophiée. Le calibre de l'intestin ne paraît pas notablement diminué, on ne trouve aucune altération ni dans l'intestin grêle ni dans le colon.

Plevres ; poumons ; cœur. — Les poumons et le cœur ne présentent aucune altération, il n'y a aucun liquide dans les cavités pleurales, les poumons sont libres de toute part.

Utérus. — L'utérus présente plusieurs petits corps fibreux sous-péritonéaux, et un corps fibreux sous-muqueux du volume d'un œuf de pigeon.

Les autres organes sont sains.

Résumé. — Une femme de cinquante-huit ans éprouve depuis deux mois et demi des troubles dans la digestion stomacale, plus tard survient de la douleur à l'épigastre, des vomissements de matières noires et des phénomènes de rétention des substances ingérées ; entre à l'hôpital le 2 juin dernier, n'éprouve aucune amélioration dans son état et meurt le 5 juillet dernier à deux heures du matin. A l'autopsie, on trouve un rétrécissement considérable de l'orifice produit par un tissu de cicatrice ayant succédé à une ulcération de l'estomac.

Réflexions. — Cette observation est un exemple d'ulcère chronique simple de l'estomac ; ulcère qui s'est cicatrisé, a amené un rétrécissement du pylore et a donné lieu aux phénomènes observés pendant la vie à cause de son siège. Le tissu cicatriciel

formant une zone autour de l'orifice du pylore a notablement rétréci l'orifice duodénal de l'estomac ; par suite de ce rétrécissement, l'estomac s'est trouvé distendu outre mesure par les matières ingérées et par les gaz développés pendant la digestion de ces matières, et toute la partie située avant le rétrécissement, c'est-à-dire le petit cul-de-sac de l'estomac, a subi une dilatation considérable.

Les contractions vigoureuses de la membrane musculeuse pour chasser les matières contenues dans l'estomac ont amené l'hypertrophie des fibres charnues ; quant aux vomissements de matière noire, ils se trouvent expliqués par des hémorragies légères qui ont eu lieu dans les points où la muqueuse a présenté à l'autopsie plusieurs taches ecchymotiques.

Enfin, cette observation démontre combien il est difficile de se prononcer sur la nature des affections de l'estomac lorsque l'on ne trouve en explorant l'abdomen aucune tumeur ; en effet, notre malade présente les premiers symptômes indiqués par les auteurs comme caractérisant une affection cancéreuse de l'estomac, à savoir : Vomissements de matières noires, phénomènes de rétention des matières dans l'estomac, douleur à l'épigastre, constipation opiniâtre, excrétion de matières dures et noires par l'anus (il ne manque que la tumeur épigastrique). Et à l'autopsie, on ne trouve pas un atome de cancer ni dans l'estomac ni dans aucun autre organe ; le microscope ne trouve dans le bourrelet qui rétrécit le pylore que les éléments normaux, mais considérablement hypertrophiés.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

XXIX^e ANNÉE.

Bulletin N^o 3. — Mars 1854.

révisé

PAR M. LE DOCTEUR BAUCHET, SECRÉTAIRE.

SOMMAIRE.

Extrait des procès-verbaux des séances de la Société.

1. Exostose des vertèbres cervicales. — 2. Hydrocèle avec épaissement de la tunique vaginale. — 3. Soudure du cubitus à l'humérus; hernie de la trompe. — 4. Tubercules dans la vessie, etc. — 5. Rein tuberculeux. — 6. Testicule cancéreux. — 7. Rétroversion de l'utérus. — Périostite générale. — 8. Corps étranger dans l'articulation du coude. — 9. Atrophie d'un rein.

OBSERVATION. Tumeur polypiforme développée dans l'oreillette gauche et plongeant dans l'orifice auriculo-ventriculaire gauche, par M. Carou, interne des hôpitaux.

PRÉSIDENCE DE M. CRUVEILHIER.

1. *M. Boullard* présente une pièce qu'il a trouvée sur un cadavre apporté à l'École pratique. C'est une *altération des vertèbres cervicales*, dont voici la description :

Le corps de la troisième vertèbre cervicale est presque entièrement soudé au corps de la vertèbre placée au-dessous. Le disque intervertébral a presque complètement disparu. Les mou-

vements sont assez bien conservés entre la deuxième et la troisième; cependant, comme on peut le voir par une coupe antéro-postérieure, le fibro-cartilage intervertébral est fort aminci en arrière. On ne trouve rien, ni sur les surfaces osseuses, ni sur les apophyses articulaires, ni dans les articulations de ces apophyses entre elles du côté droit. Les lames de ce côté sont saines aussi.

C'est au côté gauche que se remarquent les lésions les plus curieuses.

On voit une *tumeur osseuse* grosse comme un petit œuf de pigeon, un peu ovoïde, le plus grand diamètre dirigé de haut en bas. Elle commence au niveau de l'articulation des apophyses articulaires inférieures gauches de l'axis, et supérieures de la troisième vertèbre cervicale, et finit au bord inférieur de la lame de la quatrième. L'articulation de l'axis et de la troisième vertèbre existe encore avec ses mouvements à peu près intacts. La lame de l'axis est un peu diminuée de haut en bas; elle touche la tumeur, mais elle n'y adhère pas intimement.

Mais l'articulation de la troisième vertèbre avec la quatrième n'existe plus. La lame de la troisième a disparu, excepté dans son cinquième postérieur; celle de la quatrième est envahie, dans l'espace de quelques lignes, à la partie antérieure. Toutes ces surfaces sont confondues et forment cette petite masse osseuse que je viens d'indiquer. Le canal vertébral, à ce niveau, est très légèrement rétréci; c'est surtout en dehors que la tumeur fait saillie. Après l'avoir sciée, on trouve que cette production osseuse part de la partie supérieure de la lame gauche de la quatrième vertèbre, qu'elle monte sur la troisième et la recouvre, pour gagner le bord inférieur de la lame de l'axis. On voit, en effet, une continuité parfaite de tissu entre la tumeur et la quatrième vertèbre, et sous cette masse on retrouve comme enclavée la lame de la troisième vertèbre cervicale. La troisième vertèbre qui, *a priori*, paraissait être surtout le siège de l'altération, n'est donc que recouverte par la tumeur. On peut dire que c'est une *exostose* ayant eu pour siège primitif l'apophyse articulaire supérieure gauche de la quatrième vertèbre cervicale et la lame qui en part. Quant aux altérations que j'ai décrites au niveau des corps des vertèbres, elles n'ont été que la conséquence de la difficulté des mouvements due à la présence de la tumeur.

2. *M. Rambeau* montre une tumeur des bourses. C'est une hydrocèle avec épaissement très considérable de la tunique vaginale.

Le malade, âgé de quarante à quarante-cinq ans, qui offrait cette affection, est entré dans le service de M. Velpeau. Il racontait qu'il y a quinze ans, il reçut un coup dans cette région, que, depuis cette époque, le testicule d'un côté a toujours été plus gros que l'autre; mais, depuis deux mois, il a surtout augmenté de volume.

En examinant le scrotum, on trouvait, du côté gauche, une tumeur du volume du poing, dure, résistante, sans changement de couleur aux téguments, sans adhérences avec la peau. Cette tumeur était comme séparée en deux. En bas, elle était assez régulièrement ovoïde, plus molle, de la grosseur du testicule, et quand on la comprimait, on provoquait cette douleur caractéristique de la compression de cette glande. Au-dessus de cette première tumeur, et séparée d'elle par un petit sillon, on rencontrait une masse plus volumineuse, semblant, excepté au pourtour, intimement unie à la première. Cette masse était dure, un peu bosselée, et l'on pouvait la comprimer sans provoquer cette douleur dont je viens de parler.

M. Velpeau se demandait s'il avait affaire à une hydrocèle avec épaissement des parois, ou à une hématocele ancienne, laissant le testicule à la partie inférieure, mais, en tous cas, comprimant l'épididyme et le canal déférent, ou à un sarcocèle.

Dans l'un et l'autre cas, il était décidé à pratiquer la castration. L'opération fut faite, et heureusement pour le pronostic à porter, voici ce qu'on a pu observer sur la pièce.

A la partie inférieure, on trouve le testicule avec ses caractères normaux. Il a conservé son volume, presque sa forme, sa couleur, etc. L'épididyme est refoulé, étalé sur la tumeur qui coiffe le testicule. Cette tumeur est formée par une hydrocèle, avec son liquide citrin habituel, mais ses parois sont excessivement épaisses, formées de tissu fibreux. Elles ont au moins un centimètre et demi d'épaisseur. Cette hydrocèle présente dans son intérieur quelques cloisons incomplètes; ces cloisons forment de petites loges, et à chaque loge correspondait une bourse.

3. *M. Dolbeau* présente plusieurs pièces :

1° Une soudure du cubitus à l'humérus, une ankylose partielle de l'articulation du coude. C'est une pièce sèche sur l'origine de laquelle il n'a aucun renseignement.

On voit sur cette pièce le cubitus complètement soudé à l'humérus; le radius a conservé tous ses mouvements. L'apophyse styloïde du cubitus est placée tout à fait en arrière, le bord antérieur est un peu en dedans.

2° Une hernie de la trompe. La malade qui a offert cette altération est entrée à l'hôpital il y a quelques semaines. Elle portait une tumeur dans la région inguinale, tumeur rouge, fluctuante, douloureuse, avec tous les signes d'un abcès dans le canal inguinal. Le foyer a été incisé, il en est sorti du pus; mais quelques jours après, est survenue une péritonite intense due à une ouverture du sac dans l'abdomen. La malade a succombé rapidement. A l'autopsie, voici ce que l'on a pu constater :

Un foyer purulent, communiquant d'une part avec l'extérieur, d'autre part avec la cavité péritonéale.

De plus, un kyste séreux indépendant de cette poche. Ce kyste, incisé, a laissé écouler de la sérosité, et l'on a reconnu, ainsi qu'on a pu s'en assurer, que cette poche était située dans la cavité de la trompe. Ce kyste, de même que le foyer purulent, était placé dans le canal inguinal.

Après un examen attentif, on voit un sac herniaire dans lequel est placée la trompe; en dehors et en avant de ce sac, le ligament rond. C'est dans le sac herniaire qu'existe le foyer purulent. Quant à l'ovaire, il est resté dans l'abdomen, à l'ouverture du canal inguinal. Il y avait donc une hernie de la trompe avec un kyste séreux dans sa cavité; le tout contenu dans un sac herniaire enflammé. Le foyer en suppuration, en s'ouvrant dans l'abdomen, a amené une péritonite rapidement mortelle.

Ce fait vient à l'appui de ce que M. Cruveilhier a avancé, à savoir, que les hernies de l'ovaire sont précédées d'une hernie de la trompe.

M. Broca. Ce fait peut être rapproché de ce qui arrive pour le testicule. Dans la descente du testicule, c'est d'abord l'épididyme qui s'engage dans le canal inguinal; le testicule vient après: et quand le testicule n'est pas arrivé à sa place normale, si quel-

que portion est engagée, si quelque partie est placée dans le canal inguinal, c'est toujours l'épididyme.

4. *M. Verneuil* a recueilli sur un jeune enfant une pièce assez intéressante. L'enfant présentait tous les signes d'une tuberculisation générale. On trouvait le produit morbide dans le poumon, dans le mésentère, etc. — *Dans la vessie*, au bas-fond de cet organe, on trouve une couche pulsatée assez épaisse formée de matière tuberculeuse. La muqueuse, en cet endroit, est détruite; on trouve à sa place de petites masses tuberculeuses, qui envahissent, surtout à la périphérie de cette plaque, toute l'épaisseur des parois vésicales. On retrouve cette matière tuberculeuse dans l'uretère, et jusqu'au col de la vessie. Elle se prolonge même dans la région prostatique, et on la retrouve sur la muqueuse urétrale, sur la verumontanum. Les bords, qui circonscrivent le trigone vésical, forment une saillie bien prononcée. La prostate est volumineuse, surtout dans le lobe droit. Quand on l'incise, on trouve un noyau de tubercule cru; il en existe aussi dans le lobe gauche, mais il est moins développé.

Le dépôt tuberculeux du bas-fond de la vessie a gagné l'uretère gauche, il a amené sa dilatation en apportant un obstacle au cours des urines; mais, comme on peut s'en convaincre, il n'a pas produit son oblitération complète. De cette dilatation de l'uretère est résultée aussi la dilatation du calice et des bassinets.

Il n'y a rien dans les vésicules séminales.

Or, dans cette pièce, il a été facile d'étudier le tubercule avec tous ses caractères et à ses diverses phases de développement. *M. Verneuil* insiste sur ce point, parce que le tubercule a ses caractères bien nets, bien tranchés, comme le cancer, comme le pus. Le microscope a pris maintenant dans la science une place importante et qu'il mérite, et tous les jours on y a recours pour la détermination de la nature de telle ou telle tumeur.

Ce n'est pas sans étonnement qu'on a lu, dans un journal des plus importants, un mémoire qui tend à prouver que le tubercule n'a pas d'élément bien caractéristique. Certes personne de nous ne viendra dire que le tubercule a constamment des corpuscules que l'on a pris pour type dans la description de ce produit morbide. On ne les trouve pas dans les granulations grises, ils n'existent pas encore; on ne les trouve pas dans le

tubercule ramolli, ils n'existent plus ; or c'est à ces deux états que M. Mandl a étudié le tubercule. J'ai trouvé toujours ces corpuscules dans le tubercule cru, où M. Mandl aurait dû les chercher. Dans certains cas, toutefois, le tubercule est très cohérent, difficile à extraire par le raclage, et alors encore on peut ne pas trouver les corpuscules dont je parle. Mais ces corpuscules ne sont pas le seul élément caractéristique du tubercule, de même que la cellule cancéreuse n'est pas indispensable pour qu'on puisse affirmer qu'il y a ou qu'il n'y a pas de cancer. Dans certains cas, on ne trouve que des noyaux ; dans certains cas, pour le tubercule, on ne trouve que des granulations. Dire que le tubercule n'a pas d'élément propre, d'élément qui puisse le faire reconnaître, c'est tomber dans une grave erreur ; et je saisis cette occasion de la relever.

5. *M. Verneuil* montre une seconde pièce, c'est un *rein tuberculeux* ; il est réduit à une coque fibreuse, remplie d'une matière d'un gris jaunâtre, pulpeuse, que l'on aurait autrefois appelée stéatome. J'y ai encore trouvé, et j'ai fait cet examen avec MM. Houël, Broca, Dufour, j'y ai encore trouvé les éléments bien nets du tubercule.

M. Broca. J'ajouterai un mot à ce que vient de dire M. Verneuil. Il est vrai que M. Mandl n'a pas trouvé le corpuscule du tubercule dans les granulations grises et dans le tubercule ramolli, car il n'existe pas alors ou il n'existe plus. Mais M. Mandl a étudié le tubercule cru. Il décrit dans cet état du tubercule des corps qui sont identiquement les mêmes que ceux que nous appelons des corpuscules ; mais il prétend que les cellules du tubercule ne sont dues qu'à un écrasement de ce produit entre les lames de verre. Il en dit autant des cellules cancéreuses qui, suivant lui, seraient aussi le résultat d'un écrasement. Eh ! que me fait à moi que ce que nous décrivons sous le nom de cellule cancéreuse soit une cellule véritable, ou seulement le résultat de l'écrasement d'une parcelle de tumeur cancéreuse, si toujours l'écrasement du cancer donne lieu à des corps de la même forme, si ces molécules cancéreuses écrasées ont une apparence, une forme bien caractéristique.

Comme M. Verneuil, M. Broca combat le mémoire de M. Mandl, et parce qu'il est faux, et parce qu'il tend à propager des idées fausses ou mal comprises.

6. *M. Parmentier* présente à la Société un *testicule cancéreux* enlevé chez un jeune homme de vingt-deux ans par *M. Demarquay*. En septembre dernier, le frère de ce pauvre jeune homme a aussi été opéré d'un *sarcocèle cancéreux*, dans le service de *M. Ricord*, à l'hôpital du Midi. Le père et la mère de ces deux jeunes gens se sont suicidés.

Le premier opéré des deux frères n'a pas encore eu de récidive.

La tumeur que présente *M. Parmentier* est grosse au moins comme le poing; elle a tous les caractères du cancer encéphaloïde, à l'œil nu comme au microscope.

M. Dufour a vu et étudié la tumeur enlevée sur le premier de ces deux frères; c'était bien du cancer.

M. Boullard, à cette occasion, rappelle une opération de *sarcocèle* évidemment cancéreux, pratiquée, il y a six ans, par *M. Velpeau*, et qui n'a pas eu de récidive encore.

7. *M. Boullard* présente plusieurs pièces :

1° Il a trouvé à l'Hôtel-Dieu, sur le cadavre d'une jeune femme de vingt-six ans qui n'a pas eu d'enfants, un bel exemple de *rétroversion*, déterminée par des brides allant de la matrice, du fond de la matrice au rectum, et fixant l'utérus dans cette position anormale.

Sur cette même pièce, les deux trompes étaient oblitérées.

2° *M. Boullard* montre des pièces qu'il a trouvées sur un jeune sujet apporté à l'École pratique, dues, suivant lui, à une *périostite générale*.

On voit sur le tibia, le péroné de l'une et l'autre jambe, sur les métatarsiens, le cubitus, etc., une sécrétion périostale, épaisse au moins d'un millimètre, molle, fongueuse. Le périoste se laisse détacher avec facilité.

8. *M. Voisin* présente une articulation du coude atteinte d'*arthrite sèche* et de *corps étranger*. Cette pièce a été recueillie sur un paralytique de quarante-cinq ans. Les surfaces articulaires sont usées, érodées, élargies. La capsule du radius surtout a presque doublé d'étendue. On trouve, dans cette articulation un corps étranger des plus remarquables. Il est placé au-devant de l'apophyse coronoïde du cubitus; il est mobile, triangulaire; il glisse au moyen d'une facette lisse, cartilagineuse, sur le bec de l'apophyse, qui est émoussé.

A priori, et si l'on ne connaissait l'anatomo-pathologie de l'arthrite sèche ; si l'on n'était prévenu de la fréquence des corps étrangers dans les articulations ; si l'on ne prenait pas garde à la forme, la mobilité de ce corps étranger, et à la disposition de l'apophyse coronoïde ; si l'on ne retrouvait pas en arrière un autre corps, plus petit, fixé sur la synoviale ; si l'on faisait abstraction des désordres, de l'usure des surfaces articulaires, on serait tenté de croire qu'il s'agit d'une fracture du bec de l'apophyse coronoïde, qui ne se serait pas consolidée.

9. *M. Voisin* présente les deux reins d'un individu mort de paralysie générale à l'âge de soixante ans. L'un des deux reins est *atrophie* ; l'autre, au contraire, a *augmenté de volume*.

Le rein gauche est très petit ; sa substance est pour ainsi dire réduite à une coque fibreuse peu épaisse. Le bassin, l'uretère, sont dilatés, surtout ce dernier. Ce rein était entouré de tissu cellulaire peu dense, et il n'avait contracté aucune adhérence avec les parties environnantes ; on ne trouvait aucune trace d'inflammation ni au pourtour ni à l'intérieur.

L'artère rénale, de ce côté, avait à peine le volume d'une plume de corbeau. Elle était à peu près quatre fois moins volumineuse que celle du côté opposé.

Le rein droit, avec sa consistance, sa forme, ses rapports, sa texture normale, avait augmenté au moins d'un quart.

M. Caudmont insiste sur cette présentation : c'est pour lui un exemple de calcul arrêté dans l'uretère, d'oblitération de ce conduit, et par suite d'atrophie du rein.

M. Bauchet fait remarquer l'absence des signes d'inflammation et d'adhérence du rein aux organes qui l'entourent. Il a eu l'occasion de présenter à la Société un fait d'atrophie du rein, que *M. Velpeau* a montré aussi à l'Académie. Dans ce cas, il y avait un calcul en partie libre dans la vessie, en partie engagé dans l'urètre ; mais le rein était tellement adhérent à la colonne vertébrale, que l'on ne pouvait le séparer que très difficilement et à l'aide du scalpel.

OBSERVATION.

Tumeur polypiforme développée dans l'oreille gauche et plongeant dans l'orifice auriculo-ventriculaire gauche, qu'elle rétrécissait; par M. Caron, interne des hôpitaux (1).

Le 14 octobre 1853, est entrée, à l'hôpital Sainte-Marguerite (service de M. Legendre), une femme âgée de trente-six ans, nommée Marie Girard, coloriste. Elle est d'une constitution faible, d'une taille petite. Ses muscles sont peu développés. Ses cheveux sont châtain, ses yeux bruns, sa peau moyennement colorée, son caractère assez doux ordinairement, devenant très irascible pour la moindre contrariété; mais ses colères vives et faciles se calmaient promptement. Son intelligence est ordinaire et sa mémoire assez bonne.

Elle est née à Paris et ne l'a jamais quitté; elle a commencé de bonne heure à y exercer sa profession de coloriste, et elle n'en a jamais eu d'autre.

Pendant son enfance et sa jeunesse, son habitation était très saine; mais depuis quatre ans, elle est devenue concierge, et a eu depuis lors un logement humide et peu aéré. Elle a beaucoup travaillé pour vivre. Sa nourriture était surtout composée de légumes. Sa première menstruation a eu lieu à douze ans, sans

(1) Nous avons parcouru les *Bulletins de la Société anatomique* depuis 1831; et, dans cette période de plus de vingt années, nous n'avons trouvé que deux cas de tumeurs analogues, publiés, le premier, par M. Choisy, en 1833, le deuxième, en 1843, par M. Depuysaie. Celui de M. Choisy se trouve encore décrit dans la *Revue médicale*, tome II, p. 425, 1833, et dans les *Annales de l'anatomie et de la physiologie pathologiques* publiées par M. Pigné, où l'on peut en prendre une idée exacte sur la planche qui accompagne la publication.

Ces deux faits sont les seuls qui offrent quelque intérêt réel, car eux seuls tiennent compte des signes fournis par l'auscultation du cœur.

Un troisième exemple a été publié en 1834 par la *Gazette médicale de Londres*.

Un quatrième en 1845, dans la *Lancette*, par Wilkinson King.

Enfin, outre le fait dû à M. Depuysaie, la *Gazette médicale de Paris* en renferme deux autres qui ont été cités par le professeur Dubreuil (de Montpellier). Mais comme ces deux observations ne contiennent aucune indication sur les bruits du cœur, tout au plus peuvent-elles être considérées comme des curiosités anatomiques.

En 1846, M. Aran a donné, dans les *Archives générales de médecine*,

aucun accident. Depuis, les règles ont toujours régulièrement coulé ; elles se sont accompagnées d'un léger écoulement blanc qui les précédait et les suivait pendant quelques jours.

Cette femme a eu cinq enfants : ses grossesses ont toutes été très heureuses ; ses accouchements se sont terminés naturellement et n'ont été suivis d'aucun accident.

De ses enfants, deux sont morts en naissant ; les trois autres, âgés de neuf, de six et de un an se portent à merveille et n'ont aucun signe de maladie du cœur.

Son père, sa mère et sa sœur se portent bien, et n'ont jamais eu de rhumatismes.

Avant le début de cette maladie, Marie Girard était d'une très bonne santé ; elle n'avait pas de palpitations, pas d'œdème, pas de couleur violette des tissus ; elle ne toussait pas, n'avait pas d'hémoptysie, pas d'oppression, pas de gêne pour marcher vite, ni même pour monter les escaliers en courant.

Son appétit, ses digestions et ses selles étaient normales. Son urine ne présentait également aucune altération.

Enfin elle n'était sujette ni à la céphalalgie, ni aux attaques de nerfs.

Il y a trois ans, bien que vaccinée, elle eut une varioloïde très légère qui n'a duré que quinze jours, pour laquelle on n'a fait aucun traitement et qui n'a laissé aucune trace.

2^e série, tome XI, un mémoire sur les tumeurs et les dégénérescences des oreillettes qui contient tous ces cas que je viens de citer, mais qui n'en renferme aucun qui soit nouveau.

Ce petit nombre de faits nous a poussé à étendre nos recherches.

Nous n'avons trouvé dans les journaux aucun exemple qui pût être comparé à ceux que nous avons rapportés. L'excessive rareté de ces tumeurs de l'oreillette gauche peut donc être considérée comme parfaitement établie, puisqu'il ne s'en est produit aucun exemple dans la presse médicale pendant une période de dix années.

Elles sont encore bien moins fréquentes dans l'oreillette droite, car on n'en connaît qu'un seul cas qui a été publié par Burns (*Diseases of the heart*, page 194, 1809). L'année dernière, nous avons présenté à la Société de biologie une tumeur analogue (*Gaz. méd.*, 19 mars 1853). Elle était grosse comme une cerise ; elle adhérait à la paroi interauriculaire, un peu au-dessus de la zone fibreuse, par un pédicule de plusieurs lignes de longueur ; elle était constituée par une membrane transparente contenant un liquide, dans lequel l'examen microscopique, fait par M. Robin, n'a démontré rien autre chose que les éléments du sang. (*Note de l'auteur.*)

Les causes occasionnelles de sa maladie sont assez obscures; elle n'a éprouvé aucune violence extérieure; elle a eu quelques légères contrariétés qui lui devenaient très pénibles.

Elle n'a jamais été soumise à un froid bien vif; toujours elle a eu du feu dans son appartement. Les accidents paraissent remonter à l'époque où la malade habitait une loge située au-dessous du niveau du sol, et où elle a été obligée, pendant l'hiver, de se livrer à un travail prolongé. Il y a maintenant trois ans que les premiers battements de cœur ont apparu. Ils étaient d'abord faibles et peu gênants, mais ils ont pris un accroissement assez considérable pour lui rendre, au mois d'août, la marche très pénible, et pour l'obliger à entrer à l'hôpital, où elle resta quatorze jours. Elle n'avait pas d'œdème, une peau pâle, colorée en violet aux lèvres et un peu aux joues, une gêne assez grande de la respiration; le pouls était petit et régulier.

Les battements du cœur énergiques font subir à la tête un choc considérable; on constata à l'auscultation, un souffle rude au premier temps, dont le maximum était à la pointe, qui diminuait en remontant vers la base, et qui était très faible sur le trajet de l'aorte.

Pendant son premier séjour à l'hôpital, elle a pris une potion avec la teinture de digitale et du vin blanc diurétique de Debreyne.

Elle sortit sans avoir éprouvé un soulagement bien notable; et, le 1^{er} octobre, elle vit apparaître, aux membres inférieurs, l'œdème qui monta rapidement et envahit le ventre le 10 octobre.

Depuis le mois de septembre, la malade tousse; au début, elle ne crachait pas, ensuite son expectoration est devenue mucosopurulente, et, depuis deux jours, elle renferme un peu de sang.

La gêne de la respiration n'a fait qu'augmenter; la marche est devenue impossible; les palpitations se sont accrues, mais elles ne déterminèrent pas d'accès de suffocation. Enfin la malade entre une seconde fois à l'hôpital le 14 octobre 1853.

Le 15, nous la trouvons dans l'état suivant :

Décubitus dorsal élevé, forces presque nulles, amaigrissement très marqué de tout le corps, face pâle sans œdème ni coloration violette. Pas de pouls veineux.

La surface du corps est généralement pâle; l'œdème occupe

les membres inférieurs et le tronc jusqu'au niveau des reins. Le ventre est manifestement fluctuant à la palpation : on y trouve, dans le flanc droit, une tumeur rénitente qui descend jusqu'à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic, qu'on suit jusque sous les fausses côtes, et que la percussion prouve monter jusqu'au-dessous du mamelon droit. Elle a 22 centimètres de haut en bas.

Elle occupe tout l'hypochondre droit, et elle ne s'étend pas, à gauche, au delà de la ligne médiane.

Cette tumeur paraît aplatie, régulière ; elle est séparée de la paroi abdominale par une légère couche de liquide. Nulle part, il n'y a entre son bord inférieur et les fausses côtes de ligne où la matité soit moins complète. Les fonctions digestives s'exécutent comme à l'état normal.

Les urines sont peu abondantes ; traitées par la chaleur et par l'acide nitrique, elles donnent un léger précipité d'albumine.

La toux est un peu moins intense que les jours précédents ; l'oppression, peu considérable quand la malade ne bouge pas, devient très vive aussitôt qu'elle veut marcher ; néanmoins, elle ne va pas jusqu'à exciter des accès de suffocation.

La poitrine est peu développée ; les espaces intercostaux ne sont pas saillants ; sa sonorité est bonne et égale des deux côtés en avant ; la respiration y est vésiculaire et ne présente rien d'anormal. En arrière, la sonorité est un peu forte partout, sans exagération ; cependant, aux deux bases, dans une hauteur de deux à trois travers de doigt, on trouve un peu de matité.

La respiration est pure, égale et vésiculaire partout. Aux deux bases, là où existe la matité, elle est faible et lointaine ; elle s'accompagne de quelques râles sous-crépitaux, elle n'est pas soufflante ; à droite, cependant, sa résonnance est un peu modifiée. Les parois thoraciques ne vibrent pas en ce point. La région précordiale n'est pas soulevée : sa percussion donne une matité qui a 0^m,07 de haut en bas ; 0,09 de droite à gauche, à partir de 0,01 du bord droit du sternum. La pointe du cœur bat dans le sixième espace intercostal ; et la palpation fait reconnaître à ce niveau un frémissement cataire très marqué.

A l'auscultation, on constate une énergie et une impulsion considérables des battements du cœur qui soulèvent la tête ; ils

sont un peu sourds, et à aucun temps on ne trouve d'éclat métallique. A la pointe, le deuxième bruit du cœur est entendu nettement, il est sans souffle; le premier est couvert par un souffle râpeux qui a son maximum à la pointe, qui diminue graduellement en remontant vers la base et dans l'aorte, et qui disparaît complètement dans les artères du cou.

Il a également une grande intensité à gauche de la poitrine, vers l'aisselle; il est perçu à la partie postérieure gauche, avec le même siège et les mêmes caractères.

Le pouls est régulier comme les battements du cœur; mais il est si faible aux radiales, qu'il est impossible de le compter; aux humérales, il est complètement filiforme et paraît battre 72 fois par minute.

L'intelligence est intacte, et la sensibilité générale et spéciale n'est pas modifiée.

On prescrit une potion avec teinture de digitale, 30 gouttes, et vin diurétique amer, 60 grammes.

Deux potages.

Du 17 au 27, le malade n'a présenté que les modifications suivantes :

Une légère couleur violacée est apparue pour la première fois aux lèvres, le 18; elle n'a pris qu'un accroissement très lent. L'œdème a présenté quelques variations insignifiantes dans la tension qu'il occasionnait aux parties qui en étaient le siège.

Le pouls a toujours varié entre 96 et 108, excepté une seule fois, le 21, où il s'est élevé à 116 pulsations; la moyenne a été de 104. Il s'est graduellement relevé ainsi le 18; quoique encore très faible, le pouls était très perceptible aux artères radiales. Il est toujours régulier.

Les principaux phénomènes constatés à la région du cœur, tels que la matité, les palpitations et le bruit de souffle, sont restés les mêmes; ce dernier a paru avoir un peu diminué de rudesse le 17 et le 22, mais il n'a perdu aucun de ses autres caractères.

Le 17, l'oppression s'était notablement augmentée; elle diminua le 19 et le 20, et tout à coup elle reprit, le 21, une intensité considérable. La malade avait la peau froide, de l'orthopnée, 44 à 46 inspirations par minute, et de temps à autre une menace de

suffocation. Le 22, la gêne de la respiration commença à diminuer un peu, elle resta moindre les jours suivants, et elle ne reparut de nouveau avec quelque intensité que le 27 au soir.

L'expectoration est restée sanglante pendant toute cette période.

L'auscultation du poulmon n'a pas varié jusqu'au 18 au soir, où l'on constata en avant, à gauche, un peu au-dessus de la région du cœur, un râle sous-crépitant à bulles volumineuses; le même râle fut perçu le 21 dans tout le tiers inférieur de la poitrine en arrière, surtout du côté gauche; il continua à être entendu les jours suivants.

La langue est restée normale jusqu'au 25, où elle était pâle, humide, couverte d'un enduit blanc, comme pulpeux; dans certains points, cette matière blanche était étalée comme en fausse membrane; le ventre a présenté quelques différences dans la tension de ses parois. Mais ces modifications ont paru coïncider avec des variations dans la quantité des gaz du tube digestif, car la quantité de liquide n'a pas sensiblement diminué ni augmenté.

Le foie est graduellement revenu sur lui-même; le 20, son bord inférieur se trouvait juste au niveau de l'ombilic, et le 23 on a encore constaté une diminution notable de son volume.

Pendant tout ce temps, les selles sont restées diarrhéiques. Leur nombre était au moins de trois à quatre par jour, même en faisant abstraction de purgatifs, qui ont été administrés le 23 et le 27.

Les urines sont devenues un peu moins foncées en couleur; leur quantité n'a pas augmenté, elle est restée à peu près d'un demi-litre. Le 17, elles contenaient un dépôt abondant, gris blanchâtre, qui se dissolvait dans un excès d'acide avec effervescence. Elles ont été traitées par la chaleur et l'acide nitrique; le 17 et le 22, elles ne contenaient pas d'albumine.

Le fond du traitement a toujours été le même; on a continué la teinture de digitale à des doses variées, qui n'ont jamais dépassé soixante gouttes. On lui a adjoint le vin diurétique amer à la dose de 60 et 120 grammes jusqu'au 23, jour où on l'a remplacé sans résultat plus satisfaisant par trois cuillerées de vin diurétique de Debreyne.

Le 27, on a commencé l'emploi des purgatifs drastiques, et l'on a donné 15 grammes d'eau-de-vie allemande dans 30 grammes de sirop de nerprun.

Enfin le 17, pour agir un peu sur la circulation générale et pour dégager la circulation du ventre, on appliqua quinze sangsues à l'anus. Elles furent suivies de bien-être, et le surlendemain, le foie avait diminué de près de deux travers de doigt.

Le 27 au soir, on trouva en arrière et à droite de la poitrine une matité remontant jusqu'au niveau de l'angle inférieur du scapulum ; à gauche, cette matité n'existait qu'à la base et dans une hauteur de quatre à cinq travers de doigt ; à droite, le murmure vésiculaire était nul ; il était remplacé par un souffle bronchique lointain assez marqué. La voix était égophonique.

À gauche, on observait le même souffle, mais avec moins d'intensité et sans timbre égophonique de la voix.

Après la toux, les grandes inspirations étaient accompagnées de râles muqueux éloignés.

Le 28 octobre, nous trouvons la malade dans l'état suivant :

Décubitus assis, forces nulles ; la face exprime un peu la souffrance ; elle est d'une couleur pâle violacée, surtout au nez et aux lèvres. Les yeux ne sont pas saillants ; il n'y a pour tout œdème de la face qu'une légère bouffissure de la paupière inférieure.

Les veines du cou ne sont pas dilatées ; il n'y a pas de poulx veineux.

La surface du corps est pâle ; la peau, distendue par de la sérosité, est comme demi-transparente, surtout aux membres inférieurs. L'œdème occupe toutes les parties situées au-dessous d'un plan horizontal passant par la dixième vertèbre dorsale.

Aux extrémités, la peau est pâle et plutôt fraîche que chaude, la tension de l'œdème y est peu considérable ; le membre supérieur gauche en est seul exempt. Au bras droit, la sérosité est peu abondante, elle occupe surtout la main et la moitié inférieure de l'avant-bras.

À la région précordiale, il n'y a pas de douleur ni d'autre sensation pénible ; l'anxiété est vive, les palpitations violentes, le sommeil de très courte durée, à cause de l'oppression. Il n'est jamais cependant interrompu par un réveil en sursaut.

On compte 72 pulsations par minute, mais il y a 20 intermittences ; le poulx est faible, régulier, et ne présente rien autre chose à noter.

Les artères soulèvent les veines du cou et pourraient faire croire à un pouls veineux.

La conformation de la région précordiale est normale ; ses soulèvements sont peu marqués, le choc est moyen et a lieu dans le sixième espace intercostal. Il n'y a pas de frémissement cataire. La matité est de 0,07 de haut en bas, et de 0,09 de droite à gauche du bord droit du sternum.

Les bruits normaux du cœur sont au nombre de deux ; ils sont irréguliers, leur force est moyenne et leur timbre un peu sourd. Le lieu où on les entend le mieux est à la base, dans le quatrième espace intercostal. En ce point on entend les deux bruits normaux ; mais à la pointe le souffle commence en même temps que le premier bruit, le couvre et couvre aussi le second, sans le dépasser.

Le bruit anormal est un souffle râpeux, un peu sourd, qui dure pendant tout le petit silence ; il commence exactement avec le premier bruit qu'il masque, et se prolonge jusqu'au second qu'il masque également à la pointe, mais non à la base. Son maximum est dans le sixième espace intercostal et dans l'aisselle gauche à ce niveau ; il diminue graduellement en remontant vers la base, et il disparaît à droite du sternum et dans les artères du cou.

Le même bruit de souffle accompagne les battements du cœur à la partie moyenne de la fosse sous-épineuse du côté gauche.

La respiration est difficile, elle exige un concours énergique des muscles inspireurs ; elle se fait quarante quatre fois par minute et ne s'accompagne pas de sifflement. La sonorité de la voix est normale, mais les mots sont légèrement entrecoupés.

La toux dure toute la journée à un faible degré, mais elle s'exaspère le soir, quand le décubitus devient un peu moins vertical ; les crachats sont mucoso-purulents et colorés en rouge par du sang spumeux.

Les mouvements du thorax sont exagérés, ils s'exécutent bien. Sa forme est normale, sa mensuration donne le même résultat à droite et à gauche. La palpation fait constater que les vibrations existent dans toute la hauteur du poumon des deux côtés, excepté vers la partie inférieure du poumon droit.

En avant, la sonorité est bonne et égale des deux côtés.

En arrière, la sonorité est bonne à droite jusqu'à l'angle inférieur du scapulum; à gauche, jusqu'à quatre à cinq travers de doigt de la base. A partir de ce point le son est considérablement diminué et peut être comparé à une matité moyenne.

Le murmure vésiculaire est généralement faible partout; il est masqué en certains endroits par des râles sibilants et muqueux. Il s'entend à la région du cœur et ne s'y accompagne plus de la crépitation que nous avons signalée plus haut.

En arrière, dans la moitié inférieure droite, la respiration n'est pas vésiculaire, elle s'accompagne d'une crépitation assez nombreuse et à bulles moyennes et humides; il n'y a plus de souffle ou à peine en reste-t-il une trace.

A gauche, à la base, la respiration est faible, mais elle est entendue; elle est accompagnée de râles humides comme du côté droit. Il n'y a plus de souffle.

La voix n'est ni égophonique, ni bronchique, la toux retentit normalement et ne communique à la poitrine qu'un ébranlement peu marqué.

La langue est normale, humide et sans enduit; la soif est modérée, l'appétit assez bon; la déglutition est normale. Il n'y a ni nausées, ni vomissement. A la suite du purgatif drastique qui lui a été administré hier, la malade a eu sept à huit selles très liquides qui lui ont procuré un soulagement notable, car elle a pu se coucher sur le dos et elle s'y est trouvée bien, ce qui n'avait pas lieu auparavant.

Le ventre a 0,92 de circonférence, ses parois sont fortement œdématisées et modérément tendues. Un épanchement liquide, reconnaissable à la matité et à la fluctuation, occupe le tiers inférieur de l'abdomen dont les deux tiers supérieurs sont distendus par des gaz.

On sent le foie jusqu'à trois travers de doigt au-dessus de l'ombilic, il remonte jusqu'au-dessous du mamelon; on évalue sa hauteur à 0,14 ou 0,15, car la distension gazeuse des parois abdominales empêche de le limiter exactement par la palpation et par la percussion. On trouvait du son là où la main sentait encore le foie.

Il n'y a ni céphalalgie ni étourdissement, l'intelligence est normale; la sensibilité cutanée et la sensibilité spéciale sont conservées; les mouvements musculaires sont tous possibles.

La malade ne rend pas plus d'urine que les jours précédents, elle en rend trois quarts de lierre par jour.

Ses urines sont d'un jaune orangé, sans aucune espèce de dépôt; examinées par la chaleur et par l'acide nitrique, elles ne précipitent pas, mais elles contiennent une assez grande quantité de carbonates qui sont décomposés avec effervescence par l'acide et la chaleur.

La calorification est diminuée.

La malade n'a pas eu de règles depuis deux mois; elle a un peu de fleurs blanches qui ne tachent pas son linge, et qui ne lui causent aucune douleur.

En conséquence de tous ces symptômes, on a diagnostiqué un rétrécissement auriculo-ventriculaire gauche, ayant amené une gêne de la circulation assez considérable pour déterminer une congestion sanguine du foie, un œdème de toutes les parties sous-diaphragmatiques du tronc et du membre supérieur droit; enfin un double épanchement séreux dans les plèvres, et une apoplexie pulmonaire.

On a prescrit une tisane de tilleul sucré, trois cuillerées de vin diurétique Debreyne, et une portion d'aliments.

Du 29 octobre au 7 novembre, les modifications dans l'état de la malade ont été peu importantes. Voici les principales :

La couleur violacée est restée la même jusqu'au 5, où elle a augmenté notablement; l'œdème s'est accru le 2 au soir, au point de distendre la peau de tout le membre supérieur droit; il n'a pas envahi la face, le thorax, ni le membre supérieur gauche.

Le pouls est toujours resté au-dessus de 100, une seule fois il est resté à 100. Mais nous l'avons aussi trouvé plusieurs fois à 116 et à 120, notamment le 29 au matin. Ses pulsations sont restées régulières, mais très faibles; le 2, on avait la plus grande peine à les compter, elles étaient presque imperceptibles aux radiales. L'auscultation du cœur n'a pas présenté de modification.

Le 5, l'oppression s'était tellement accrue, que la malade devait rester assise pour pouvoir respirer; son anxiété était extrême; il y avait 44 inspirations par minute. L'expectoration est constamment restée colorée par du sang, seulement la couleur de celui-ci a changé; au lieu de la coloration noirâtre des premiers jours, il est devenu rosé et spumeux.

L'auscultation du poumon a un peu varié le 30; la voix avait

pris un retentissement égophonique qu'elle perdit bientôt, mais pour rester bronchophonique. La faiblesse du murmure respiratoire s'accompagna du souffle bronchique et de râles sous-crépitants qui conservèrent leur maximum d'intensité à la base du poumon droit jusqu'à 5, où ils devinrent plus nombreux et plus secs à la partie inférieure du poumon gauche.

Le 1^{er} novembre, la langue s'est couverte d'un pointillé blanchâtre, qu'on a regardé comme du muguet, surtout lorsqu'il a eu pris un développement plus considérable. L'examen microscopique a confirmé cette opinion, en faisant reconnaître dans cette fausse membrane des spores assez nombreuses mêlées à des cellules épithéliales et à un grand nombre de fibres entrecroisées. Ce muguet avait disparu le 5. La tension du ventre est restée la même, et le volume du foie n'avait pas diminué le 2 au soir.

Pendant toute cette période, les selles sont restées diarrhéiques, même lorsqu'on a eu suspendu l'administration des purgatifs.

Les urines ont continué à présenter les mêmes caractères.

Enfin, comme traitement, on a répété l'eau-de-vie allemande et le sirop de nerprun, le 29, après avoir suspendu le vin diurétique de Debreyne.

Et le 5, on a prescrit un julep avec addition de 0,25 d'ergotine, et l'on a appliqué un vésicatoire sur la région du cœur.

État actuel, pris le 7 novembre 1853.

La malade est couchée dans une position presque assise. Le décubitus horizontal lui est impossible, les forces sont nulles; l'embonpoint est encore diminué. Le faciès indique la souffrance. La peau du nez et des lèvres est violette; il n'y a pas d'œdème, il n'y a pas non plus de saillie des yeux.

Les veines du cou sont légèrement dilatées et sans poulx veineux.

La surface du corps est pâle. Dans tous les points situés au-dessous de la base de la poitrine, la peau offre une demi-transparence et une distension due à l'accumulation de sérosité dans le tissu cellulaire.

Les extrémités, et en particulier les mains, sont violacées, leur température est en partie conservée. L'œdème donne à la peau qui la recouvre un aspect lisse et tendu. Il n'y a que le membre supérieur gauche qui en soit exempt.

Il n'existe à la région précordiale ni douleur ni autre sensa-

tion pénible. L'anxiété est vive; il n'y a que peu de sommeil, encore est-il brusquement terminé par des réveils en sursaut.

Le pouls bat 116 fois par minute, il est très faible, régulier et sans caractère spécial. Les artères sont saines dans toute leur étendue appréciable.

La conformation de la région du cœur est normale, ses soulèvements sont peu prononcés; le choc de la pointe a lieu dans le sixième espace intercostal; il a une intensité moyenne. Dans le lieu où frappe la pointe, ni ailleurs, on n'observe pas de frémissement vibratoire.

La matité est absolue à la région du cœur et sous le sternum; elle a 0,09 de droite à gauche, et un peu de haut en bas en partant à 1 centimètre du bord droit du sternum; elle a 0,07 de haut en bas, un peu en dedans du mamelon gauche.

Les bruits normaux du cœur sont au nombre de deux; ils sont réguliers, un peu sourds, et d'une intensité moyenne.

Le lieu où on les entend le mieux est à la base. A la pointe, le premier bruit est couvert par le bruit anormal; le deuxième bruit est entendu.

Le bruit anormal est un souffle râpeux, intense, dont le timbre est un peu sourd, et qui dure pendant tout le petit silence. Son lieu de maximum est à la pointe du cœur et vers l'aisselle gauche, au niveau de la pointe; il est très faible à droite du sternum, et il diminue vers la base et vers l'aorte; il disparaît dans les artères du cou.

Il commence avec le premier bruit et cesse avant le second. A la pointe, il masque le premier bruit, mais il laisse percevoir très nettement le deuxième. Le même souffle s'étend en arrière, au niveau de la partie inférieure de la fosse sous-épineuse du côté gauche.

La respiration est très pénible. Les muscles inspirateurs se contractent avec énergie, cependant la malade n'est pas encore obligée de prendre un point d'appui extérieur pour aider leur contraction.

Il y a 50 inspirations par minute, qui ne s'accompagnent pas de sifflement.

L'examen du thorax fait reconnaître que les mouvements s'exécutent bien, que la respiration est costale et diaphragmatique; enfin que la conformation en est régulière.

La palpation montre que les vibrations thoraciques sont complètement abolies dans la moitié inférieure, en arrière et à droite.

En avant, la sonorité est égale et bonne des deux côtés, excepté au niveau du cœur. En arrière, elle est bonne à gauche, dans toute la hauteur.

A droite, elle est également bonne jusqu'à la moitié inférieure de la fosse sous-épineuse, à partir de là elle devient mate jusqu'en bas.

En avant, la respiration est vésiculaire et pure des deux côtés; elle s'entend dans la région du cœur.

En arrière, le murmure vésiculaire est assez pur dans les deux moitiés supérieures. Dans la moitié inférieure gauche, il est accompagné d'un râle sous-crépitant, à bulles nombreuses et assez grosses. Dans la moitié inférieure droite, le silence est absolu, sans râle, même après toux. La voix a un retentissement broncho-égophonique. Pas plus que la voix, la toux ne fait pas vibrer les parois thoraciques. Ailleurs leur retentissement et leurs vibrations sont normales.

La langue est blanche, humide et sans muguet. La soif est moyenne, l'appétit perdu et la déglutition normale. Il y a eu deux ou trois selles liquides.

Le volume du ventre est de 0,92, ses parois sont œdématisées. Il renferme un épanchement liquide, reconnaissable à la matité qui existe dans la portion sous-ombilicale et à la fluctuation qu'on y perçoit.

Le foie est moins volumineux, il déborde les fausses côtes de trois à quatre travers de doigt. Il est impossible de le limiter exactement, à cause du développement gazeux du tube digestif.

On prescrit la décoction blanche de Sydenham sucrée avec le sirop de coing; un julep gommeux. Un gargarisme avec le miel rosat. Un quart de lavement avec huit gouttes de laudanum et une portion d'aliments.

Le 9, l'orthopnée devint constante, la face prit une grande expression de souffrance; les extrémités devinrent froides et le muguet reparut sur la langue.

Le 11, le pouls battait régulièrement 116 fois par minute et la respiration se faisait 68 fois dans le même temps. L'œdème avait en partie abandonné le bras droit, il était resté le même ailleurs; il n'était survenu aucun symptôme cérébral. La couleur

violette et le froid des extrémités avaient augmenté. Enfin le sang avait disparu des crachats et le muguet de la langue.

Le 12, la malade mourut sans avoir présenté rien autre chose qu'une disparition presque complète de l'œdème du bras droit, une diarrhée séreuse très abondante et très fétide, et une nouvelle expectoration sanguinolente.

Autopsie faite le 14 novembre, trente-neuf heures après la mort, par une température froide et sèche; il n'y a ni roideur cadavérique ni trace de putréfaction. L'œdème est le même que pendant la vie, la peau est pâle et sans vergeture.

Considérés en place, le cœur et le péricarde occupent la moitié gauche du thorax et ne dépassent que de peu la ligne médiane. Ils ont de haut en bas, 0^m,13; transversalement, 0^m,16, et obliquement de haut en bas et de droite à gauche dans leur maximum, 0^m,17.

En avant, ils répondent au sternum et aux côtes; à gauche, seulement, ils sont recouverts par une lame de poumon.

La poitrine est très maigre, sa conformation est régulière et n'offre pas de voussure.

Sa circonférence est de 0^m,76, dont 0^m,375 pour le côté gauche. Cette mesure a été prise au niveau du mamelon.

La région précordiale n'a subi aucune déformation, les espaces intercostaux ne sont ni saillants ni développés. La percussion y fait reconnaître une matité qui a de haut en bas, 0^m,13; obliquement de l'aisselle droite à l'hypochondre gauche, 0^m,12, et transversalement, 0^m,10.

La pointe du cœur se trouve dans le septième espace intercostal, à 3 centimètres en dehors du mamelon gauche.

Le péricarde contient un verre de sérosité citrine sans fausses membranes. Sa surface interne est lisse et sans adhérences. Il existe sur la surface du cœur quelques légères plaques blanches, mais c'est plutôt une opacité de la membrane séreuse qu'une véritable couche pseudo-membraneuse. — Vu à l'extérieur, le cœur est presque transversalement situé, néanmoins il est un peu oblique de haut en bas et de droite à gauche. Sa forme se rapproche de celle d'un cœur de bœuf, sa couleur est normale; sa consistance un peu molle. Quand on le presse entre les doigts, il donne une sensation de fluctuation. La graisse y est peu abondante, ses vaisseaux propres n'offrent rien de particulier. Les

veines qui s'y rendent sont distendues par le sang; il en est de même de l'artère pulmonaire et des oreillettes.

| | |
|--|-------------------|
| Hauteur de la pointe à l'origine de l'aorte. . . . | 0,13 ^m |
| Largeur à la base des ventricules. | 0,10 |
| Épaisseur d'avant en arrière (maximum). . . . | 0,06 |
| Circonférence à la base des ventricules. | 0,27 |

L'oreillette droite est remplie de caillots de sang noir, semblables à de la gelée de groseilles. Sa surface interne a horizontalement 0^m,14 de circonférence, elle est lisse et l'endocarde est transparent.

La valvule d'Eustachi est fort peu développée, et le trou de Botal laisse pénétrer dans l'oreillette gauche par un conduit oblique qui admettrait une plume d'oie ordinaire. Mais, pour cela, il faut soulever un repli valvulaire, qui empêche normalement le mélange des deux sangs.

La valvule tricuspide est libre dans ses mouvements; elle est insuffisante, elle est épaissie et opaque, mais sans rugosités. L'orifice tricuspide a 0^m,135 de circonférence.

Le ventricule droit contient un caillot fibrineux qui se prolonge dans l'artère pulmonaire dont les valvules sont parfaitement saines et suffisantes. La surface interne du ventricule est normale.

| | |
|---|-------------------|
| Hauteur du bord libre des valvules semi-lunaires à la pointe. . . | 0,11 ^m |
| Développement en circonférence (maximum). | 0,14 |
| Épaisseur maximum des parois à 0,05 de la pointe. | 0,06 |
| Circonférence de l'orifice pulmonaire au bord libre des valvules. | 0,08 |

L'oreillette gauche contient du sang noir et le corps étranger dont nous donnerons plus loin la description. Sa surface interne a 0,15 de développement, la couleur en est normale.

Les parois sont de bonne consistance, et ont 4 millimètres d'épaisseur.

La valvule mitrale est libre dans toute son étendue et dans tous ses mouvements. Elle est d'une souplesse et d'une transparence normale; en un mot, elle est exempte de toute altération.

Par ses faces auriculaires, elle est comme appliquée sur l'extrémité inférieure du corps étranger.

La circonférence de l'orifice mitral est de 0,103, au niveau de l'insertion de la valvule.

Le ventricule gauche contient à peine quelques petits caillots noirâtres.

L'eau versée par sa pointe ne s'écoule pas par l'oreillette.

Sa surface interne est lisse et normale. Ses valvules aortiques sont saines, libres et suffisantes.

| | |
|---|--------------------|
| Hauteur de la pointe au bord libre des valvules aortiques . . . | 0,108 ^m |
| Développement du ventricule en circonférence (maximum) . . | 0,135 |
| Épaisseur maximum de ses parois, à 0,07 de la pointe. . . . | 0,013 |
| Épaisseur maximum de la cloison. | 0,012 |
| Circonférence de l'aorte au bord libre des valvules. | 0,007 |

L'aorte n'est pas dilatée; elle est d'une belle couleur jaune normale et n'offre pas de plaques calcaires.

Les deux veines caves sont normales. Partout le sang était noir et presque diffluent.

La plèvre droite renferme un à deux litres, et la plèvre gauche un demi-litre de sérosité citrine, transparente, sans fausses membranes récentes. Toutes deux présentent d'anciennes adhérences postérieures qui n'ont pas empêché le poumon droit d'être refoulé par le liquide.

Les bronches n'ont pas été examinées. Quand nous avons ouvert l'oreillette, nous avons trouvé une grande quantité de caillots sanguins noirâtres, au milieu desquels était un corps dur, résistant. Après un lavage convenable, ce corps nous est apparu sous forme d'un ovoïde dont la grosse extrémité était tournée en haut et qui adhérait à la valvule qui obtuse le trou de Botal par un pédicule solide, résistant, de 1 à 1 centimètre et demi de longueur. Son extrémité inférieure plongeait dans l'orifice auriculo-ventriculaire qu'elle rétrécissait considérablement; et si on la regardait par l'intérieur du ventricule, on voyait les deux valvules exactement appliquées sur elle, mais sans la couvrir entièrement, ce qui lui donnait une ressemblance parfaite avec un gland à demi recouvert par son prépuce.

Ce corps était d'une consistance assez ferme, d'un rouge noirâtre presque uniforme. Dans certains points de sa surface, on remarquait quelques traînées d'un rouge plus clair, qui se dirigeaient vers le pédicule et qui paraissaient être des vaisseaux sanguins.

A sa surface, on voyait, à travers la membrane d'enveloppe, deux points gros comme une petite lentille, d'un blanc jaunâtre,

et qu'on aurait pu prendre pour du pus, si l'examen microscopique n'avait montré qu'ils ne contenaient que des globules blancs.

La couleur générale devenait un peu moins foncée en se rapprochant du pédicule, et là elle devenait d'un gris rougeâtre.

La tumeur était parfaitement lisse et enveloppée de toutes parts d'une membrane mince, transparente, facile à soulever et à séparer des parties sous-jacentes, dans laquelle se trouvaient contenus les vaisseaux qu'on voyait à la surface, et qui, se prolongeant sur le pédicule, paraissait se continuer avec l'endocardie.

Au point d'adhérence, la membrane d'enveloppe et l'endocardie présentaient quelques légers froncements dus probablement au poids de la tumeur.

A la coupe, nous l'avons trouvée formée par une masse fibreuse, jaunâtre ou d'un jaune rougeâtre, sans traces de vascularisation, disposée en lamelles et circonscrivant de toutes parts des aréoles remplies de sang noir et peu fluide. Ce sang disparaissait par le lavage, et il avait la même apparence dans toute l'étendue de la tumeur.

Nous avons cru, pendant un instant, avoir trouvé une communication entre l'intérieur de la tumeur et l'oreillette droite, mais nous nous sommes bientôt convaincu de notre erreur, en reconnaissant que l'intérieur de la tumeur était parfaitement séparé de l'oreillette.

Voici quelques mesures qui donneront une idée du volume et de la position précise de ce corps.

| | | |
|--|---------------------------|-------|
| 1° Circonférence horizontale | au-dessus du pédicule . . | 0,105 |
| | au niveau et non compris. | 0,100 |
| | au-dessous. | 0,090 |
| 2° Circonférence verticale | | 0,150 |
| 3° Longueur de haut en bas | | 0,060 |
| 4° Largeur de droite à gauche. | | 0,045 |
| 5° Du bord inférieur du pédicule au bord adhérent de la valvule mitrale. | | 0,004 |
| 6° Du bord inférieur du pédicule à l'extrémité inférieure de la tumeur. | | 0,027 |
| 7° Saillie du corps dans le ventricule | | 0,023 |

Le poumon est revenu sur lui-même : on remarque à sa surface trois noyaux durs et saillants, dont le plus gros peut avoir

le volume d'un œuf de pigeon. Tout l'organe s'insufflé, excepté les trois noyaux dont la coupe est noire, granuleuse, semblable à une tranche de truffe. Le reste de l'organe est congestionné; il ne renferme ni hépatisation, ni œdème, ni tubercule.

Le poumon gauche offre les mêmes altérations: il ne renferme qu'un seul noyau apoplectique, gros comme une noix et situé dans le lobe inférieur.

Le péritoine est comme lavé; il renferme cinq à six litres de sérosité citrine sans fausses membranes.

Le tube digestif est complètement sain, sauf un peu de ramollissement de la muqueuse stomacale et une légère injection des intestins.

La rate est tout à fait saine.

Les deux couleurs du foie sont tout à fait distinctes; il s'en écoule, à la coupe, une grande quantité de sang noir. Du reste, l'organe est sain. Il a

| | |
|------------------------------|-------------------|
| De haut en bas. | ^m 0,07 |
| De droite à gauche. | 0,20 |
| D'arrière en avant | 0,18 |

D'une manière générale, la substance des reins est pâle, comme de la chair d'anguille, la membrane fibreuse qui les enveloppe ne s'enlève qu'en déchirant la substance corticale. Celle-ci est très pâle, comme parsemée de grains blanchâtres, absolument comme dans la maladie de Bright. Voici les dimensions des reins :

| | | | |
|--------------------|--------------------|----------|--------------------|
| Hauteur. | ^m 0,105 | | ^m 0,100 |
| Largeur. | droit { 0,055 | gauche { | 0,050 |
| Épaisseur. | 0,040 | | 0,040 |

La vessie, l'utérus et ses annexes sont à l'état normal.

Dans le crâne, on ne constate qu'un peu de congestion séreuse de la pie-mère et des ventricules, un léger piqueté sanguin de la substance blanche; en un mot, une intégrité presque complète.

En résumé, la malade qui fait le sujet de cette observation était une femme de trente-six ans, d'une faible constitution, et qui n'avait jamais eu auparavant aucune maladie sérieuse, qu'une varioloïde il y a trois ans. Sa famille ne fournit aucun exemple

de maladie du cœur ni d'affection rhumatismale; sa nourriture était loin d'être substantielle et son travail était excessif.

Depuis quatre ans, elle habitait un logement humide et sans soleil.

Il y a trois ans qu'elle a remarqué ses premières palpitations, qui n'ont pas apparus brusquement, mais elles se sont lentement accrues au point de la forcer à entrer une première fois à l'hôpital au mois d'août, où l'on diagnostiqua un rétrécissement mitral, et où l'on prescrivit une potion avec la digitale.

La malade ne toussa que depuis le mois de septembre, et n'est enflée que depuis le 1^{er} octobre.

L'œdème envahit le ventre dix jours après, et elle entra une deuxième fois à Sainte-Marguerite, le 14 octobre 1853.

Elle offrit tous les symptômes d'une grande gêne de la circulation, cyanose, œdème, tuméfaction du foie, apoplexie pulmonaire, etc.; le cœur présenta un frémissement cataire très marqué et un souffle rude qui avait son maximum à la pointe, et qui couvrait le premier temps.

Le pouls est régulier, filiforme, à 72.

On prescrivit la digitale en teinture et le vin diurétique.

La malade resta un peu moins d'un mois à l'hôpital, pendant lequel tous ces symptômes augmentèrent. Il se développa un double épanchement séreux dans les plexus; la diarrhée devint continuelle, le muguet apparut sur la langue, et la malade mourut sans avoir rien perdu de son intelligence.

A l'autopsie, on a constaté des collections liquides dans toutes les séreuses, des noyaux apoplectiques dans les deux poumons et du côté du cœur: 1° un volume considérable de cet organe avec caillots sanguins noirâtres dans les cavités droites; 2° une tumeur ovoïde située dans l'oreillette gauche, adhérent par un pédicule au niveau du trou de Botal, plongeant de 27 millimètres dans l'orifice auriculo-ventriculaire. Tumeur lisse, enveloppée d'une fausse membrane transparente et vascularisée, et paraissant, à la coupe, constituée par un caillot sanguin organisé.

Réflexions. — L'histoire de ces tumeurs est encore à peu près complètement à faire, et nos connaissances sur ce sujet se bornent à quelques suppositions qui se rattachent pour la plupart à leur nature et à leur point d'implantation.

Il était difficile qu'il n'en fût pas ainsi, car la rareté de ces

altérations a pour ainsi dire forcé chaque auteur à tirer ses conclusions du seul fait qu'il rapportait.

Pour nous, qui pensons que si quelque lumière peut un jour se répandre sur ces tumeurs, elle viendra de la réunion et de l'étude attentive d'un certain nombre de cas semblables, nous nous contenterons de rapporter celui-ci et de laisser à d'autres le soin d'en faire l'analyse.

Néanmoins, nous avons cherché à vérifier les principales opinions émises sur leur nature, leur implantation et leurs symptômes.

On est loin d'être d'accord sur la nature de ces tumeurs. On a cru y voir un anévrisme de la cloison, parce qu'elles contenaient de la fibrine stratifiée comme dans les anévrysmes, et parce qu'elles étaient recouvertes d'une membrane lisse et transparente analogue à l'endocarde. D'après les détails anatomiques qui nous sont parvenus, cette supposition ne peut être appliquée à aucun des cas que nous avons rapportés; mais elle perdrait toutes ses raisons d'être pour le fait qui nous occupe, car nous n'avons pu trouver à la face interne de l'oreillette droite aucun trajet, si petit qu'il fût, qui conduisit dans l'intérieur de la tumeur, et d'ailleurs la membrane d'enveloppe qui touchait immédiatement les couches fibrineuses, et la paroi inter-auriculaire n'avaient subi aucune des altérations qu'on a l'habitude de rencontrer aux lieux où se forment les anévrysmes.

Il serait difficile d'admettre que la dilatation anévrysmale d'une des petites branches artérielles qui rampent dans la cloison pût donner naissance à une tumeur aussi volumineuse, et d'ailleurs dans les cas où l'on a fait l'injection des artères coronaires, dans celui de Wilkinson-King entre autres, la matière de l'injection s'est répandue dans les vaisseaux de la membrane d'enveloppe, mais elle n'a pas pénétré dans l'intérieur de la tumeur.

Dans les cas qu'il rapporte, M. Choisy compare cette altération à un polype de l'utérus, et il pense que, développée primitivement dans l'épaisseur de la cloison, elle a repoussé devant elle l'endocarde, et qu'elle s'en est formé une espèce de kyste. Il fonde son opinion : 1° sur une observation de Columbus dans laquelle il est parlé de deux tumeurs trouvées dans l'épaisseur du ventricule gauche du cœur du cardinal Gambara, et qu'il pense devoir, par leur développement ultérieur, donner naissance à

des tumeurs analogues ; 2° sur la forme du pédicule et sur les fibres radiées qui le constituent , et qu'il croit identiques avec celles de l'oreillette ; 3° enfin sur la nature de la membrane d'enveloppe.

Ces trois sortes de preuves nous paraissent bien loin d'avoir la valeur que leur attribue M. Choisy. En effet : 1° les tumeurs trouvées dans l'épaisseur des fibres charnues ne sont plus rares aujourd'hui , on y a vu des abcès , des kystes , des tubercules , des cancers , mais on sait qu'elles ont une grande tendance à se porter vers le péricarde plutôt que vers la cavité du cœur , et qu'elles ne se comportent pas d'habitude comme paraît le supposer M. Choisy.

2° Quant à la présence dans le pédicule de fibres charnues venant de la cloison , nous pensons qu'on aura été induit en erreur par un examen superficiel de la couche externe du pédicule , et que les fibres apparentes qu'on a décrites n'étaient autre chose que des froncements , des tiraillements de la membrane d'enveloppe , comme dans le cas que nous avons observé ; d'ailleurs il est à regretter que M. Choisy n'ait pas insisté davantage sur la description anatomique , car à la lecture de son observation il est difficile de conclure que ce pédicule soit formé par un épanouissement des fibres des oreillettes.

Voici ce qu'il en dit : « Ce corps est inséré par un pédicule charnu qui n'a pas moins de 4 à 5 lignes de longueur , puisqu'au centre de la cicatrice qui a remplacé le trou de Botal... » Et plus loin : « La division de ce corps a montré qu'il était formé d'une substance légèrement ambrée , assez consistante , qui , vers le pédicule , se rapproche beaucoup de la couleur des fibres du cœur , mais qui bientôt change totalement d'aspect , et n'offre plus trace d'organisation. » Il nous semble qu'il est impossible de méconnaître dans cette description une production fibrineuse.

3° La membrane d'enveloppe paraît même transparente , semblable à l'endocarde ; comme lui elle contient des vaisseaux , et l'injection que Wilkinson-King a pu y faire pénétrer par les artères coronaires semblerait favorable à l'opinion de M. Choisy.

Mais qui ne connaît aujourd'hui le fait du développement et de l'organisation des fausses membranes ? qui ne se rappelle ces épanchements sanguins de l'arachnoïde , qu'on a si longtemps

considérés comme produits entre la dure-mère et le feuillet pariétal, parce qu'ils étaient recouverts par une membrane en apparence semblable à la séreuse crânienne ? Mais lorsque les recherches de M. Legendre sur les hémorrhagies méningées ont paru, l'erreur s'est dissipée, et l'on a reconnu qu'il ne fallait y voir qu'une fausse membrane organisée et destinée à limiter le foyer apoplectique ; il est infiniment probable qu'une semblable organisation s'est produite dans cette circonstance, et qu'il faut rejeter toute idée qui tendrait à faire considérer la tumeur comme enveloppée par l'endotarde.

Une troisième opinion porterait à faire considérer ces tumeurs comme produites par un caillot sanguin développé dans l'oreille, et ayant contracté des adhérences intimes avec ses parois.

A cette opinion, se rattachent aujourd'hui presque tous les anatomo-pathologistes, et il est, en effet, difficile de se former une autre idée sur l'origine de ces tumeurs, quand on a examiné attentivement les caractères anatomiques qu'elles présentent.

Je ne parle pas de l'étude microscopique qui peut fournir des indications si positives ; mais un seul fait suffira pour les séparer à jamais des polypes de l'utérus et des fosses nasales : c'est qu'on n'a jamais trouvé de vaisseaux dans leur intérieur, et que toutes les injections n'ont pu pénétrer au delà de la membrane d'enveloppe ; d'ailleurs s'il était besoin de nouvelles preuves, il me serait facile de faire voir dans ces sept observations la succession presque complète des différentes modifications que subit la fibrine dès qu'elle est sortie du torrent circulatoire.

Un point qui a frappé tout le monde, c'est l'implantation constante de ces tumeurs sur la valvule qui ferme le trou de Botal. Aussi avait-on cru saisir un certain rapport entre ces tumeurs et la circulation des premiers temps de la vie.

Après avoir admis qu'elles sont constituées par un caillot sanguin, il est impossible de les rattacher à la circulation du fœtus. Mais quelle que soit sa cause, ce caillot sanguin une fois formé, il nous semble qu'on peut trouver une explication satisfaisante de son implantation en ce point, en considérant comment se font les contractions du cœur.

Le but de la contraction auriculaire est de chasser dans le ventricule le sang contenu dans l'oreille. Pour arriver à ce résultat, les fibres musculaires prennent leur point fixe sur la

zone ventriculo-musculaire, et rapprochent les parois du centre de cet orifice; mais toutes les parties de l'oreillette ne peuvent également obéir à cette action musculaire.

La cloison inter-auriculaire, sollicitée à droite et à gauche, doit nécessairement rester immobile et constituer une des parties dont la surface interne est d'autant moins susceptible de varier, qu'on la considère plus près de la zone fibreuse.

Si donc nous supposons dans l'oreillette un caillot assez volumineux pour ne pouvoir franchir l'orifice de communication, il se trouvera, par son poids et par le fait même de la contraction musculaire, appliqué sur la base du ventricule, et dès lors quoi d'étonnant à ce qu'il s'implante là où ses adhérences primitivement si inolles seront le moins exposées aux secousses périodiques des contractions du cœur.

Parmi les observations que nous avons citées, il n'y en a que trois qui nous fournissent quelques indications sur l'auscultation du cœur. L'observation de la *Gazette médicale* de Londres dit seulement qu'il y avait un bruit supplémentaire entre les deux bruits normaux; celles qui ont été rapportées par MM. Choisy et Depuysaie sont beaucoup plus complètes, et elles indiquent la nature et le siège du bruit de souffle qui coïncidait avec le premier temps. Dans ces deux observations, en même temps que les tumeurs plongeaient dans le ventricule et gênaient ainsi le cours du sang, les valvules étaient profondément altérées; de sorte qu'on pourrait être embarrassé pour savoir à laquelle de ces lésions rattacher les phénomènes produits. Dans la nôtre, au contraire, les valvules avaient conservé leur intégrité complète et la régularité de leurs fonctions, de sorte que le souffle râpeux que nous avons observé ne peut être attribué qu'à un rétrécissement relatif de l'orifice en partie oblitéré par le prolapsus de la tumeur. Mais ce souffle n'a rien de particulier, rien qui soit propre à ces sortes de tumeurs, rien qui puisse les différencier des autres obstacles mécaniques au passage du sang de l'oreillette dans le ventricule.

Nous avons étudié notre malade avec soin, et nous avons cherché si nous pourrions confirmer un symptôme que M. Choisy a constaté dans son observation, et auquel il attribue une grande importance. Voici quel il est suivant cet auteur: il semble, comme le disait Laënnec, qu'un ressort soit placé derrière le

cœur, et qu'instantanément débandé, il vienne soulever cet organe contre les parois thoraciques.

Nous n'avons rien observé de semblable, et comme ce symptôme ne se retrouve pas non plus dans les autres observations, nous croyons que M. Pigeaux s'est trop hâté de conclure qu'il est un des signes les meilleurs et presque pathognomonique de ce genre d'affection (*Bulletin de la Société anatomique*, 1833, p. 74).

Pour résumer ce que nous venons de dire, nous pensons :

1° Que ces sortes de tumeurs ont eu pour origine un caillot sanguin ;

2° Qu'elles n'adhèrent en ce point spécial qu'en vertu d'une cause mécanique dépendant du mode de contraction du cœur ;

3° Enfin qu'elles n'ont aucun signe qui leur soit particulier et qui puisse les faire diagnostiquer pendant la vie.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

XXIX^e ANNÉE.

Bulletin N^o 4. — Avril 1854.

RÉDIGÉ

PAR LE DOCTEUR BAUCHET, SECRÉTAIRE.

SOMMAIRE.

Extrait des procès-verbaux des séances de la Société.

1. Hypertrophie mammaire. — 2. Cancer du foie. — 3. Apoplexie méningée. — 4. Tumeurs fibreuses de l'utérus. — 5. Tubercule du cervelet. — 6. Trachéotomie. — 7 et 8. Kystes pileux de l'ovaire. — 9. Carie de l'atlas. — 10. Vagin divisé en deux par une cloison. — 11. Amputation partielle du pied. — 12. Ostéite chronique. — 13. Luxation congéniale des deux genoux ; imperforation du rectum. — 14. Vice de conformation du vagin. — 15. Fracture du crâne.

OBSERVATIONS : Vice de conformation de l'utérus chez une jeune fille de vingt ans, par M. Alby, interne des hôpitaux. — Endocardite, etc., chez un jeune enfant, par M. L. Blin, interne des hôpitaux. — Tuberculisation d'un rein ; déplacement de l'autre rein, par M. L. Perret, interne des hôpitaux. — Perte de la parole chez un homme de quatre-vingt-huit ans, coïncidant avec une apoplexie méningée, par M. Chairou.

PRÉSIDENT DE M. CRAUVELHIER.

1. M. Verneuil montre à la Société plusieurs exemples d'*hypertrophie mammaire*. D'abord c'est une tumeur grosse comme une petite noix, assez dure, faisant relief à la surface de la glande, et tendant à se péliculariser, bien qu'elle repose encore sur une base assez large. A la coupe, on trouve un tissu blanc, semblable à des tissus fibreux, ou plutôt à la glande saine.

C'est une hypertrophie évidente, dans laquelle il y a une légère prédominance de tissu fibreux.

Puis une autre *hypertrophie mammaire*, mais portant spécialement sur les acini. *A priori*, on croirait que l'on a sous les yeux un lipome. Ce n'est pas la première fois que M. Verneuil a l'occasion d'observer une tumeur semblable. Ici les acini sont énormes; ils ont jusqu'à trois quarts et même un millimètre de diamètre. Le tissu fibreux interposé aux acini est peu considérable. Dans les cavités des acini, il y a une énorme quantité d'épithélium nucléaire.

Sur une autre tumeur enlevée par M. Lenoir et que M. Verneuil a bien étudiée, on trouvait deux kystes, un gros comme une noix et un autre du volume d'une noisette. Ces deux kystes étaient entourés de tissu induré, hypertrophié. Dans cette hypertrophie, on trouvait les acini énormes, et leur canalicule était oblitéré. C'était là le point de départ d'une série de petits kystes dont la source aurait été dans les culs-de-sac glandulaires. Plus tard cette tumeur aurait pu revêtir la forme de ces tumeurs que l'on a improprement désignées sous le nom d'*hydátides de la mamelle*.

2. M. Isambert apporte à la Société un cancer énorme du foie, qui occupait le lobe gauche de cet organe.

Le malade, âgé de quarante-cinq ans, est entré à l'Hôtel-Dieu dans le service de M. Legroux. Il avait depuis dix jours de l'œdème des membres inférieurs, et portait à l'épigastre une tumeur grosse comme la tête d'un enfant, et gagnant l'hypochondre gauche; ce qui avait fait penser un instant à une tumeur de la rate. Mais le malade n'avait jamais eu d'accidents de ce côté, n'avait jamais présenté d'accès de fièvre intermittente. Il prétendait que cette tumeur s'était développée depuis trois semaines, car il n'avait jamais senti rien d'anormal en cet endroit, aucune tumeur, aucune bosselure; c'est du moins ce qu'il affirmait. En interrogeant ses antécédents, on apprenait qu'il avait, depuis douze à treize mois, des selles sanguinolentes. Pas de vomissements, pas de dyspepsie.

On le quitte le soir en assez bon état; il était mort le lendemain matin. Il avait présenté, pendant la nuit, tous les signes d'une péritonite suraiguë.

Le cadavre, en effet, était méconnaissable pour ceux qui

avaient vu le malade la veille, tant la face était tirée, grippée.

A l'autopsie, on trouve l'abdomen rempli de sang et de caillot.

Le lobe gauche du foie est énorme, et il est presque entièrement converti en une masse encéphaloïde, infiltré de graisse et de fibrine; on retrouve çà et là dans le lobe droit de petits noyaux de matière encéphaloïde.

La rate est saine, refoulée en arrière et en haut. L'estomac est induré, surtout au niveau du pylore, et il présente en cet endroit une masse cancéreuse du volume d'un œuf.

3. *M. Vidal* met sous les yeux des membres de la Société un cas d'*apoplexie méningée*.

L'enfant, sur lequel on a recueilli cette pièce était âgé de deux ans et demi. Il est entré à l'hôpital des enfants le 16 décembre, avec convulsions, vomissements, assoupissement, strabisme.

Au premier janvier, on constatait du strabisme, de la diarrhée, mais *l'intelligence était conservée*; pas de paralysie ni de contraction.

Le 25 janvier, rougeole avec broncho-pneumonie double. La diarrhée persiste.

Vers le milieu de février, il se rétablit un peu et se leva.

Dans les premiers jours de mars, il est repris de fièvre, de broncho-pneumonie double très intense. Il meurt le 13 mars.

A l'autopsie, on trouve, dans la cavité arachnoïdienne, un épanchement sanguin, avec caillots stratifiés. Cette espèce de couche hématique peut se séparer assez aisément de la membrane arachnoïdienne. Elle est plus considérable du côté gauche; elle n'est pas adhérente au feuillet cérébral ou viscéral de la séreuse crânienne.

4. *M. Bauchet* montre deux énormes tumeurs appendues de chaque côté de l'utérus sur une pièce que lui a donnée *M. Monneret*. *A priori*, on croirait qu'elles appartiennent aux ovaires; on voit, en effet, entre elles la cavité utérine. Mais en faisant bien attention et en étudiant cette pièce, on voit que les ovaires sont indépendants de ces tumeurs, que ce sont deux corps fibreux, plus gros chacun que le poing, se continuant en dedans avec les faces latérales de l'utérus. On ne peut pas mieux comparer ces deux tumeurs, quant à l'aspect extérieur, qu'à deux poumons suspendus par la racine des bronches. Mais, à la coupe,

on reconnaît que ce sont deux tumeurs fibreuses d'un poids considérable.

Outre ces deux tumeurs, on trouve que l'ovaire du côté droit est transformé en un vaste kyste, indépendant de ce corps fibreux, mais qui pourrait aisément les contenir tous deux dans sa cavité.

5. *M. Prost* présente des pièces trouvées à l'autopsie d'un individu qui, atteint d'une fièvre typhoïde, n'avait présenté à peu près jusqu'au moment de sa mort aucun symptôme d'une affection cérébrale, et pour lequel le traitement avait été borné aux prescriptions d'une médecine purement expectante. Tout à coup, au milieu de la nuit qui précéda la mort, il fut pris de délire et présenta tout le cortège de symptômes d'une lésion cérébrale grave. Il succomba dans la matinée.

Le *cervelet* était le siège de deux *noyaux tuberculeux* du volume d'une petite noisette : la pièce n'a pas été examinée au microscope ; mais la nature de la substance qui formait ces tumeurs ne paraissait pas devoir laisser le moindre doute.

Les *poumons* étaient sains.

Le *péricarde* était complètement et, dans tous ses points, *adhérent au cœur*. On rencontrait dans l'épaisseur de cette membrane de nombreux *noyaux tuberculeux*, dont le présentateur regrette de ne pouvoir donner une idée bien satisfaisante à cause des altérations que la macération dans l'alcool a fait subir à la pièce.

Pendant la vie du malade, on n'avait rien constaté qui pût faire soupçonner l'existence d'une affection du cœur : on entendait seulement à l'auscultation un bruit de souffle.

M. Bluin des Cormiers demande si l'on avait reconnu l'existence d'un bruit de frottement et non d'un bruit de souffle, en témoignant combien, à ses yeux, l'admission de ce fait paraît difficile, à moins que l'on n'ait constaté quelque lésion des orifices du cœur.

M. Prost. Les orifices étaient parfaitement sains, et le bruit perçu était bien un bruit de souffle.

M. Fano fait remarquer que les tumeurs du *cervelet* sont tout à fait au voisinage des corps restiformes, et il demande s'il n'y a pas eu, pendant la vie, quelque lésion de la sensibilité. Sur la réponse négative de *M. Prost*, *M. Fano* fait remarquer

que ce fait vient encore à l'appui d'une loi générale établie par M. Andral. Dans tous les cas où l'on constate la présence de tumeurs d'une nature semblable à celles qui sont en ce moment présentées à la Société, le développement de ces productions hétéromorphes, ayant été très lent, la compression a été aussi très lente, et les symptômes presque nuls.

M. Blain des Cormiers objecte qu'il a été témoin de deux faits qui sont complètement en opposition avec cette règle.

6. M. Goupil présente la trachée d'une petite fille de trois ans et demi, sur laquelle a été pratiquée, le 27 mars dernier, la trachéotomie, pour une laryngite pseudo-membraneuse. Les suites de l'opération avaient été parfaitement heureuses; le cinquième jour après l'opération, la canule avait été retirée: la plaie était guérie au bout de douze jours, et l'enfant quittait l'hôpital le 11 avril.

Le 27, elle y est rentrée atteinte de rougeole; deux jours après elle succomba.

La peau offrait une cicatrice linéaire et n'adhérait pas aux tissus sous-jacents. La trachée, incisée par derrière, laisse voir que la petite plaie faite au moment de l'opération est en grande partie cicatrisée; au moment de l'autopsie, le petit pertuis que l'on remarque était même tout à fait rempli par de la lymphe plastique.

7. M. Trélot montre un kyste pileux de l'ovaire, recueilli sur le corps d'une femme morte d'une pneumonie, et qui, pendant sa vie, n'avait rien présenté de particulier. Cette tumeur, du volume d'un œuf de poule, est formée d'une coque dure et d'apparence calcaire, dans laquelle est renfermée une masse de consistance mielleuse ou cérumineuse, au milieu de laquelle on voit un grand nombre de poils. Quelques-uns de ceux-ci semblent adhérents à la paroi de la tumeur; mais l'état avancé de la pièce ne permet pas de pouvoir affirmer positivement ce fait.

8. Dans la même séance, M. Perret présente une tumeur de même nature recueillie à l'hôpital la Riboisière dans le service de M. Pelletan. La femme sur laquelle cette pièce a été recueillie a succombé au choléra; elle se croyait enceinte de trois mois, n'ayant point été réglée pendant ce temps.

La tumeur occupait l'ovaire droit; les parois sont de nature fibreuse, et le contenu est formé de poils agglutinés par une sub-

stance de consistance de cire fondue. Quelques poils adhèrent manifestement à la paroi du kyste, dont la face interne offre quelques saillies mamelonnées analogues à des bulbes.

9. *M. Louis Blin* présente la *partie supérieure de la colonne vertébrale* d'un enfant mort, dans le service de *M. Guersant*, à la suite d'une *carie de l'atlas*. L'arc postérieur de cette vertèbre est détruit, l'arc antérieur est incomplètement soudé à l'occipital. Les vertèbres sous-jacentes participent un peu à la lésion.

L'enfant était âgé de trois à quatre ans : il ne se plaignait que de quelques douleurs dans la région du cou ; mais la tête était affaissée, et, à diverses reprises, malgré l'application d'un bandage qui avait pour but d'immobiliser la tête, l'asphyxie avait paru imminente, jusqu'à ce qu'enfin l'enfant succombât au milieu d'une dernière crise.

A l'autopsie, on trouva l'apophyse odontoïde faisant une saillie très prononcée en arrière et comprimant la moelle allongée.

10. *M. Henry* montre une *difformité des organes génitaux*, observée chez un enfant d'un an. C'est un *vagin* divisé, par une *cloison verticale* antéro-postérieure, en deux parties égales ; ce qui lui donne une grande ressemblance avec un canon de fusil double. Cette cloison, qui commençait en avant derrière la membrane hymen, s'arrêtait brusquement en arrière au niveau du col utérin sans contracter aucune adhérence avec cette portion de la matrice. Celle-ci était unique et n'a rien présenté de particulier.

M. Alexis Moreau fait remarquer que ce cas n'est pas très rare et que la disposition signalée est la règle générale : il est beaucoup plus rare de voir la cloison s'étendre jusqu'à l'utérus et contracter quelques adhérences avec lui.

M. Henry dit avoir observé deux fois cette dernière disposition.

11. *M. Tarnier* montre le *ped* d'un homme qui, quelques mois auparavant, avait subi l'*ablation complète du quatrième métatarsien* et la *réssection de la moitié postérieure du cinquième métatarsien* du pied gauche. Voici les principaux faits de cette observation :

Le nommé Auguste C..., âgé de quarante-deux ans, entra dans le service de *M. Michon* à la Pitié, le 11 avril 1853. D'un tempérament lymphatique, il porte des traces de scrofule sur

plusieurs parties du corps ; il est d'ailleurs robuste et ne présente aucun signe de tubercules pulmonaires.

Ce malade, après une violence extérieure, éprouva des douleurs dans le pied gauche. Quelque temps après, deux abcès se formèrent ; l'un au niveau du quatrième, l'autre au niveau du cinquième métatarsien ; bientôt un troisième abcès se forma au niveau du cuboïde. Ces trois abcès furent ouverts et restèrent fistuleux. Pendant quatre mois, les fistules restèrent stationnaires, malgré le traitement mis en usage.

Le 29 juillet, voici ce que l'on constate : Le pied n'est point œdématisé ; sur la face dorsale on voit trois fistules correspondant aux trois abcès précédemment décrits. Le stylet introduit dans ces ouvertures, arrive sur des portions osseuses altérées. En faisant mouvoir le cinquième métatarsien, on sent une crépitation osseuse très manifeste.

M. Michon se décide à pratiquer une opération. Il enlève le quatrième métatarsien et resèque la partie postérieure du cinquième, en respectant la partie antérieure qui était saine.

La plaie est pansée simplement et bourrée de charpie sèche. La cicatrisation ne fut entravée par aucun accident inflammatoire, et fut complète au mois de septembre, à tel point que le malade put, au mois d'octobre, marcher sans douleur et sans claudication.

Il meurt, au mois de décembre, du choléra.

Autopsie. — Le diamètre transverse du pied gauche est moindre que celui du pied droit ; la face plantaire moins concave. Les deux derniers orteils sont un peu relevés et portés en arrière ; le pied est donc raccourci dans son diamètre longitudinal. L'extrémité du tronçon du cinquième métatarsien s'est rapprochée du troisième et du cuboïde. Ce double mouvement explique le raccourcissement des diamètres transverse et longitudinal. Un tissu fibreux rougeâtre entoure l'extrémité osseuse à laquelle adhère le tendon du court péronier latéral. L'espace qui sépare le troisième métatarsien du cinquième est comblé par le périoste du quatrième qui, conservé en entier, présente des points ossifiés dans une assez grande étendue. — Aucune lésion dans les tissus voisins. — Pas de tubercules dans les poulmons.

Ainsi le périoste est devenu le siège d'un travail réparateur et

organisateur, comme les points ossifiés le prouvent, et autour des points osseux se voyaient des points de cartilage qui, plus tard, se seraient sans doute transformés en tissus osseux (1).

12. M. Tarnier présente un *fémur* affecté d'*ostéite chronique*, ostéite qui datait de quarante ans.

Le nommé X..., âgé de cinquante-cinq ans, peintre en bâtiment, était dans le service de M. Michon au mois de septembre. — Il est malade depuis l'âge de quinze ans : à la suite d'une chute, il a éprouvé une douleur dans la cuisse ; et, depuis ce temps, tout à coup, il est repris, à de longs intervalles toutefois, de douleur et de gonflement dans la cuisse ; quelques abcès se forment, sont ouverts, et il peut reprendre son travail ; mais, à chaque nouvelle bouffée inflammatoire, le malade a senti que le fémur augmentait de volume.

Voici l'état du membre malade à son entrée dans le service :

La cuisse saine a, dans sa plus grande circonférence, 45 centimètres ; celle du côté opposé 75 centimètres. La jambe est fléchie un peu sur la cuisse ; la peau est luisante, rouge, douloureuse au toucher à la partie supérieure et externe de la cuisse. Dans le reste de la cuisse, la peau est d'un blanc mat, la jambe et le pied œdématisés. Au niveau du grand trochanter, on voit des traces d'anciennes fistules. La diaphyse de l'os est considérablement augmentée. La palpation excite des douleurs très vives ; la nuit très souvent, le malade ressent spontanément les mêmes douleurs.

Des abcès circonvoisins, une diarrhée colliquative et une fièvre hectique emportèrent le malade dans les premiers jours de décembre.

A l'autopsie, on voit des foyers purulents multiples qui entourent le fémur et décollent tous les muscles. — Le périoste de l'os est hypertrophié et a par place jusqu'à 2 centimètres d'épaisseur.

L'os lui-même a presque doublé de volume ; la surface externe est hérissée de prolongements osseux très considérables. En deux points, l'un au-dessous du grand trochanter, l'autre

(1) M. Thomas, ancien interne des hôpitaux, a traité dans une thèse récente de l'opportunité de ces opérations et des avantages qui, dans certains cas, doivent les faire préférer à l'amputation dite de Choppart.

trois travers de doigt au-dessous du premier ; l'os est percé comme avec un emporte-pièce.

L'os scié dans toute sa longueur présente l'état suivant : le canal médullaire a complètement disparu, et la nouvelle substance qui le comble se continue sans ligne de démarcation aucune avec le tissu voisin. Cet os est creusé en nombreux endroits de vacuoles qui peuvent contenir par places une grosse noix. La surface interne de ces cavités est limitée par une membrane rouge, vasculaire, qui, à son tour, est tapissée par un tissu amorphe, fibroïde, parsemé de granulations graisseuses et surtout de fines granulations moléculaires grises, granulations qui sont étendues sous forme de membrane et qui rappellent par leur aspect les couches concentriques des parois des kystes hydatidifères du foie ; au centre même se trouve du tissu fibreux. — Des vacuoles plus petites et circonvoisines contiennent des gouttelettes de pus.

A la coupe, on voit, suivant la diaphyse de l'os et irrégulièrement disposés, des flots grisâtres, durs, qui sont manifestement du tissu osseux nécrosé. Dans tout le reste de l'os, on trouve une infiltration graisseuse, jaune, huileuse, qui n'est que du tissu adipeux liquide.

13. M. Tarnier montre une troisième pièce, une *luxation congénitale des deux genoux* chez un fœtus à terme qui a vécu pendant quinze heures. Ce fœtus présentait en outre une *imperforation du rectum*.

La déformation des genoux est telle que les jambes se présentent naturellement dans une extension exagérée, de telle sorte que la jambe et la cuisse forment un angle droit à sinus antérieur qui regarde directement en avant. Une extension plus prononcée est impossible. Une légère traction suffit pour ramener le membre dans la position droite, mais il est impossible d'opérer la flexion en arrière. La laxité des ligaments de l'articulation fémoro-tibiale est telle que si, en maintenant la rectitude du membre, on imprime quelques mouvements de latéralité, la tubérosité interne du tibia reçoit le condyle externe du fémur et que la tubérosité tibiale externe dépasse de toute sa capacité le côté externe du condyle externe.

Dissection.—La peau présente en avant des rides, et en arrière des plis saillants. Ces rides et ces plis sont en rapport avec la po-

sition anormale du membre. Au niveau de chaque condyle fémoral, la peau est extrêmement fine, bleuâtre, et au-dessous d'elle on trouve deux bourses synoviales.

Tous les muscles sont bien développés, et formés de substance musculaire parfaitement rouge, nullement décolorée, et n'ayant en aucun point subi de transformation graisseuse. Le couturier, le demi-tendineux et le droit interne présentent ceci de remarquable, qu'ils passent en avant du condyle interne du fémur, et ces muscles, au lieu d'être fléchisseurs, sont devenus extenseurs, ce dont on peut s'assurer en tirant parallèlement à la direction de leurs fibres, et ils demeurent toujours extenseurs, même quand le membre est ramené dans la position normale.

Le triceps crural ne présente rien à noter.

Le demi-membraneux et le triceps passent l'un sur le côté interne, l'autre sur le côté externe des condyles du fémur, mais si on abandonne le membre à lui-même, les muscles tendent à augmenter la déformation en attirant en haut les tubérosités du tibia, et en les faisant glisser sur la face antérieure des condyles fémoraux.

Les muscles adducteurs ne présentent rien d'anormal. Les os n'offrent que très peu d'altérations, seulement la partie postérieure des condyles du fémur semble manquer.

Quant aux ligaments, ils sont assez relâchés pour permettre la luxation indiquée ou la diastase articulaire, comme on voudra l'appeler. Sa rotule est à l'état rudimentaire, et deux fois moindre que celle d'un fœtus du même âge, sans vice de conformation.

Les ligaments croisés, au lieu de présenter une direction de haut en bas, sont dirigés d'arrière en avant, et cette direction est en rapport avec la nouvelle position du membre. Ce sont eux du reste qui limitent le déplacement, car à peine sont-ils coupés que l'extension forcée peut être portée assez loin pour que le pied vienne toucher l'abdomen.

Ce fœtus présentait, en outre, une imperforation du rectum. Le sphincter n'était pas perforé à son centre, il était bien développé; c'était une espèce de diaphragme qui fermait hermétiquement l'intestin rectum.

Deux pieds-bots (genre varus) venaient en troisième lieu avec les lésions ordinaires.

Les centres nerveux étaient parfaitement conformés et développés.

La vessie et l'urètre n'offraient rien d'anormal. Ces luxations congénitales du tibia sur le fémur sont très rares dans la science, et n'ont point été décrites dans les auteurs ; on en trouve un exemple, et seulement d'une seule jambe, dans la thèse de concours de M. Sanson, en 1841. Ce fait est dû à Klüberg, de Königsberg. On pouvait faire toucher, dans l'extension forcée, l'abdomen par la pointe du pied, mais les muscles fléchisseurs avaient conservé leur rôle, et la luxation put être réduite et maintenue en place.

La guérison eut lieu et l'enfant se servit de sa jambe malade aussi bien que de la saine, lorsqu'il commença à marcher.

J'ai cherché si des exemples de luxations doubles avaient été observés. Wutzer en cite un exemple : chez un enfant âgé de six mois, il n'a pas trouvé sa rotule.

M. Cruveilhier a vu chez un fœtus difforme une luxation analogue, mais moins prononcée.

Après avoir vu la dissection de la pièce présentée par M. Tarnier, après avoir lu avec attention tous les détails de l'observation, on se demande si la chirurgie aurait pu efficacement intervenir, et l'on arrive à une solution négative, en se rappelant que tous les muscles fléchisseurs étaient devenus extenseurs. Qu'auraient pu faire, en effet, la ténotomie ou les moyens mécaniques ?

14. M. Guyot montre un bel exemple de *corps fibreux de l'utérus* et de *vice de conformation du vagin*.

La malade, âgée de soixante-trois ans, a été observée par M. Guyot, la première fois le 21 février 1854. Elle n'a jamais eu d'enfants ; elle a cessé d'être réglée à cinquante et un ans, sans qu'aucun accident soit survenu à cette époque. Deux à trois ans après, pertes assez abondantes, qui n'ont pas toutefois empêché la malade de vaquer à ses occupations ; mais, il y a dix-huit mois, ces pertes sont devenues presque quotidiennes, et la santé, qui jusqu'alors avait été très bonne, s'est beaucoup altérée. Un médecin a prescrit un traitement palliatif, qui n'a pas amené d'amélioration, et au mois d'août 1853, la malade est entrée dans le service de M. Robert, qui l'a, dit-elle, opérée d'un petit polype. Elle est restée vingt-neuf jours à l'hôpital, et elle a eu pendant ce temps trois métrorrhagies. M. Robert, ayant reconnu un corps fibreux de l'utérus, lui a prescrit diverses précautions hygiéniques.

Depuis sa sortie jusqu'au mois de février 1854, la malade s'est assez bien portée, et elle n'a eu que quelques pertes peu abondantes. A cette époque, gonflement considérable du membre abdominal droit, accompagné de quelques douleurs, et entrée à l'hôpital.

État actuel. — Constitution détériorée. Teinte pâle des téguments. Pas d'appétit. Peu de sommeil. Un peu de diarrhée.

Le membre abdominal droit présente dans toute son étendue un œdème considérable.

La pression à l'hypogastre fait facilement reconnaître une tumeur dure, peu mobile, qui a refoulé les intestins en haut. Le doigt introduit dans le vagin, sent distinctement le col, et perçoit les mouvements imprimés à la tumeur hypogastrique du dehors en dedans. Cette tumeur appartient bien évidemment à l'utérus. Quelques douleurs de reins.

Avant la diarrhée dont elle est atteinte depuis quelques jours, la malade était sujette à la constipation. Pas d'envies fréquentes d'uriner.

Du 21 février au 10 mars, trois métrorrhagies, dont une assez abondante.

A ce moment, diarrhée plus intense, bientôt incoërcible. L'œdème envahit l'autre membre; la malade meurt le 12 avril.

Autopsie le 14 avril. — Rien de notable dans le tube digestif. On détache le vagin à ses insertions vulvaires. On s'aperçoit alors que le vagin présente deux orifices; le droit est plus grand que le gauche.

Le doigt introduit dans le vagin, par l'ouverture droite, sent bientôt cesser cette cloison, et peut ressortir par l'orifice gauche.

Cette cloison est souple, et paraît formée par la muqueuse vaginale. Le bord postérieur est concave; le bord antérieur à peu près droit; le bord inférieur se continuant avec la paroi inférieure du vagin, sous forme d'un raphé, qui disparaît bientôt.

L'étendue de la cloison est de 3 centimètres.

Le col de l'utérus laisse facilement pénétrer la pulpe de l'index; et son orifice est situé dans l'axe de l'ouverture droite.

L'utérus mesure 15 centimètres d'avant en arrière, 12 transversalement, 10 en profondeur. La face supérieure présente deux bosselures fluctuantes; sous ces bosselures, deux corps

fibreux de consistance très molle; au bord supérieur, deux autres petits corps fibreux.

A l'insertion du ligament rond, du côté gauche, existe un petit corps dur, blanchâtre, gros comme une bille, d'une structure fibreuse.

La trompe gauche, distendue par un liquide séreux, est insérée à l'utérus en dedans d'une ligne qui diviserait cet organe en deux parties égales; elle contourne donc le bord supérieur de l'utérus de gauche à droite, à peu près vers le milieu de sa hauteur.

Rien à l'ovaire gauche.

L'ovaire droit, placé près de la partie la plus inférieure de l'utérus, sur le côté, est plus développé que celui du côté opposé.

Cavité utérine très petite. Plusieurs corps fibreux occupent la paroi antérieure de l'utérus.

Distension des uretères et des bassinets.

Les deux membres abdominaux étaient considérablement œdématisés. La veine fémorale gauche, depuis l'anneau du troisième adducteur jusqu'à la veine iliaque primitive, renfermait un caillot, qui n'a pu être examiné avec soin, les veines n'ayant été ouvertes que huit jours après l'autopsie. Le caillot de la veine fémorale droite ne se prolongeait que jusqu'à la veine iliaque externe.

15. M. Guyot présente une *fracture du crâne*, qui lui a été envoyée par M. le docteur Descieux, de Montfort-l'Amaury, avec les détails suivants :

Le malade qui a offert cette lésion, a été frappé le 7 mars 1852, et il a immédiatement perdu connaissance. Lorsque le médecin fut appelé pour la première fois, il apprit qu'il y avait eu une hémorrhagie très abondante par la plaie; et le malade lui parut sous l'influence d'une violente commotion cérébrale.

Le dixième jour, il y eut de la fièvre, une agitation très grande, puis du délire.

Les jours suivants, la fièvre a été modérée, mais avec redoublement le soir.

Il y avait absence de toute paralysie du sentiment ou du mouvement; mais perte complète de l'intelligence.

Le vingt-septième jour, on a reconnu qu'une portion du pariétal était mobile, et l'on a pu l'extraire avec facilité. Huit jours

après, on a senti de nouveau une portion d'os mobile, et on l'a enlevée, mais après avoir dû faire plusieurs incisions.

La dure-mère a été ainsi mise à nu dans une assez grande étendue. Une fois ces esquilles détachées, la santé s'est rapidement améliorée; les bords de la plaie se sont rapprochés; la fièvre a disparu; l'appétit est revenu, et l'on a pu nourrir le malade.

Alors seulement on a pu constater que les muscles fléchisseurs de la cuisse droite étaient fortement rétractés, et qu'il était impossible d'allonger le membre. Il y avait aussi gonflement de l'articulation du genou, avec flexion de la jambe. Les moindres efforts pour la redresser causaient des douleurs intolérables.

Cependant, l'état général allait en s'améliorant; la fièvre avait disparu, et comme le malade exprimait quelques idées raisonnables, comme il paraissait parfois avoir le sentiment de sa position, le médecin crut, pendant quelques jours, à la possibilité de la guérison. Mais au soixantième jour, nouvel accès de fièvre avec rêvasseries continuelles; ce malheureux meurt le soixante-dixième jour.

Autopsie. — La dure-mère est épaisse, adhérent intimement aux parois du crâne vis-à-vis des points fracturés, et sur toutes les parties où les parois sont érodées. Vis-à-vis de la portion du crâne qui avait été éliminée, la substance corticale du cerveau est réduite en bouillie; dans le reste du cerveau, il y a seulement une injection très prononcée. La lésion cérébrale ne pénètre pas jusqu'à la substance médullaire.

Pas de sérosité dans les ventricules.

A la base du cerveau, l'arachnoïde est rouge, épaisse et adhérente aux circonvolutions; en la détachant, on enlève des lambeaux de substance corticale, et c'est à cette inflammation secondaire survenue le soixantième jour qu'il faut, je crois, attribuer la mort.

Description de la pièce. — Les esquilles extraites pendant la vie appartiennent au pariétal gauche, et un peu au bord gauche de l'occipital. Cette perte de substance est considérable; elle est circonscrite en bas par le pariétal et l'occipital, mais la fêlure se prolongeait de ce côté jusque vers la base du crâne.

Le bord supérieur est circonscrit par une large esquille qui appartient surtout au pariétal gauche, mais qui comprend aussi une petite portion du pariétal droit et de l'occipital.

Le crâne est très épais.

M. Fano fait observer que l'on glisse trop facilement sur le mot commotion cérébrale, que ce pourrait bien plutôt être une contusion. Le ramollissement du cerveau s'explique fort bien par l'inflammation. Mais il serait bon de laisser un point de doute après le mot commotion, qui est employé par M. Descieux.

M. Bauchet appelle l'attention sur cette fracture, qui intéresse le rocher parallèlement à son axe. C'est un exemple de fracture directe à consigner dans nos *Bulletins*.

Il a fait beaucoup d'expériences, et toutes l'ont porté à nier les fractures dites par contre-coup, ou indirectes.

M. Trélat a beaucoup étudié le sujet ; il a fait bien des expériences qui l'ont conduit aux mêmes résultats. Tous deux soutiennent les idées émises par M. Aran.

OBSERVATION.

Vice de conformation de l'utérus chez une jeune fille de vingt ans.

Par M. Alby, interne des hôpitaux.

Cette jeune fille était entrée dans le service de M. Briquet, le 26 décembre 1853, pour une fièvre typhoïde de forme ataxique, à laquelle elle a succombé le 16 janvier. L'autopsie, qui a présenté les altérations ordinaires de la fièvre typhoïde, a révélé de plus dans les organes génitaux internes une conformation particulière, remarquable surtout par l'absence apparente d'utérus.

D'une grande taille, bien proportionnée, elle présentait, du reste, pendant sa vie tous les caractères extérieurs de la femme : peau fine et blanche, physionomie délicate, voix douce, seins développés. Il paraîtrait cependant, d'après des renseignements pris après sa mort, qu'elle se montrait indifférente à l'attrait des sexes, et qu'elle avait le sentiment de la pudeur peu développé. Elle n'avait jamais été réglée (1).

Voici la description de l'utérus et des organes génitaux.

Vulve présentant l'aspect ordinaire ; seulement grandes lèvres

(1) Elle avait déclaré à M. Goupil, à qui j'ai succédé comme interne de M. Briquet, qu'elle n'avait jamais ressenti de désirs sexuels, et que le coït dont elle avait cependant usé assez souvent, ne lui procurait pas de jouissance.

(Note de M. Alby.)

à peine marquées ; petites lèvres constituées par un petit repli muqueux ne faisant pas une saillie de plus d'un millimètre, et aboutissant en haut et en avant à un clitoris rudimentaire. Méat urinaire dans sa position normale. Ouverture extérieure du vagin modérément dilatée.

Le vagin, placé entre la vessie et le rectum, suivant sa situation normale, présente à l'intérieur les replis transversaux. Mais après une étendue de 6 à 7 centimètres, il se termine par un cul-de-sac arrondi sans ouverture. La muqueuse qui tapisse ce cul-de-sac a tout à fait les mêmes caractères que dans les autres parties du vagin.

Comme prolongement du vagin, et adhérant intimement au cul-de-sac, on trouve un tissu un peu rougeâtre, assez serré, d'apparence cellulo ou fibro-vasculaire, se présentant sous la forme d'une membrane peu épaisse, aplatie d'avant en arrière, qui, après une étendue de 3 centimètres à peu près, se continue à droite et à gauche à l'extrémité de ses deux angles supérieurs avec deux cordons latéraux.

Cette membrane, espèce de connectif pour les cordons, adhère à la partie postéro inférieure de la vessie dont on l'a détachée par la dissection, et le péritoine, ne formant qu'un cul-de-sac, se portait de la face postérieure de la vessie à la partie antérieure du rectum.

Chacun des cordons latéraux a une longueur de 14 centimètres.

Pleins et paraissant constitués par du tissu fibreux, ils présentent à peu près la grosseur d'une plume de corbeau. Ils aboutissent l'un et l'autre à un corps qui a une grande analogie avec l'ovaire, et que nous appellerons corps ovarique pour la facilité de la description.

Placés sur les parties latérales du petit bassin et dans les deux fosses iliaques, au niveau de la région inguinale, les corps ovariques ont une forme sensiblement cylindrique, quoique un peu bosselée. Ils ont à peu près 7 à 8 centimètres de longueur, sur 2 à 2 1/2 centimètres d'épaisseur. Les bosselures sont appréciables surtout à la pression, qui permet alors de faire mouvoir l'enveloppe sur de petits corps globuleux intérieurs. Leur extrémité inférieure était appliquée contre le canal inguinal.

C'est au niveau du tiers inférieur des corps ovariques et par le

côté interne que pénètre le ligament qui adhère au connectif. Au contraire, dans leur tiers supérieur, par la partie postérieure et interne, ils reçoivent un autre cordon constitué par des vaisseaux qui suivent exactement le trajet des vaisseaux ovariens, et qui, par conséquent, peuvent être considérés comme leur analogue.

Le long du bord externe, dans un petit repli du péritoine, existe un cordon étroit, qui, partant du tiers inférieur, s'élève en longeant ce bord à distance, jusqu'à ce qu'il se termine à un kyste un peu allongé qui flotte librement au niveau de l'extrémité supérieure. Le kyste du côté gauche est de la grosseur d'un pois; celui du côté droit a le volume d'une noisette.

L'extrémité supérieure ne présente rien à considérer, tandis que l'inférieure donne lieu à un prolongement fibreux, ligament assez étroit qui traverse le canal inguinal et vient se perdre au dehors dans le tissu cellulaire de la grande lèvre.

La dissection des corps ovariens a montré l'état suivant :

Enveloppe fibreuse, blanche, qui donne au corps sa coloration, tapissée elle-même par le péritoine, qui forme le long du bord externe le repli déjà mentionné.

A l'intérieur :

1° Dans leur tiers inférieur, un tissu d'un aspect gris rougeâtre, d'apparence fibreuse, qui ne paraît être autre chose que l'épanouissement un peu augmenté de volume du cordon utérin dont il est le prolongement manifeste : c'est à ce tissu qu'aboutit le ligament inférieur qui traverse le canal inguinal.

2° Dans les deux tiers supérieurs à peu près, plusieurs masses arrondies, au nombre de cinq à sept, dont la plus grosse a le volume d'une noisette, la plus petite celui d'un petit pois. Ces petites masses, donnant tout d'abord l'idée de ganglions lymphatiques, mais beaucoup plus dures et présentant à la section l'aspect de corps fibreux, sont réunies entre elles par un tissu cellulaire lâche qui leur permet de rouler, de se déplacer assez facilement. C'est à ces corps globuleux qu'aboutit directement le cordon des vaisseaux ovariens.

L'examen microscopique, fait avec soin par M. Vernéuil, agrégé de la Faculté, a démontré, dans la structure du connectif, des cordons utérins et du tissu qui en forme l'épanouissement, les éléments de la fibre musculaire organique, de la fibre musculaire utérine normale.

Les masses arrondies présentaient le caractère du tissu fibreux. Seulement, en raclant la coupe, on en retirait un peu de suc qui a offert au microscope des cellules à noyau semblables à celles qu'on trouve dans les culs-de-sac glandulaires.

Quelle interprétation peut-on donner à l'ensemble de ces éléments ?

M. Cruveilhier, frappé de la ressemblance du tissu dans lequel s'épanouit le cordon utérin avec le tissu utérin normal, et avant de connaître le résultat de l'examen microscopique, avait tout d'abord émis l'opinion que ce tissu devait appartenir à l'utérus, qui, partant du connectif, se prolongerait ainsi au moyen de deux longues cornes latérales. Notons toutefois qu'ici les cornes ne sont pas canaliculées, de même que le connectif n'offre pas de cavité qui puisse représenter la cavité utérine.

Pour M. Cruveilhier, encore, le repli péritonéal qui longe le bord externe du corps ovarique et qui aboutit au kyste, était l'analogue de la trompe dont l'extrémité libre présente le plus souvent, comme on sait, un très petit kyste.

L'examen microscopique, ainsi qu'on peut le reconnaître, a prouvé que l'opinion de M. Cruveilhier, si tout d'abord elle pouvait paraître hasardée, était cependant fort juste.

L'utérus est remplacé ici par le tissu connectif, avec ses deux longs prolongements latéraux aboutissant au tissu fibreux fougeâtre qui occupe le tiers inférieur du corps ovarique. Cette partie du corps ovarique représenterait l'angle supérieur de l'utérus normal, avec d'autant plus de raison que c'est de là que part le cordon véritablement analogue du ligament rond, qui traverse le canal inguinal pour se rendre aux grandes lèvres. C'est là aussi qu'aboutit le repli qui se rend à la vésicule et qu'on peut considérer comme l'analogue de la trompe, quoique ici l'analogie soit moins parfaite, puisque le repli, au lieu de contenir un ligament canaliculé, contient une espèce de petit cordon grasseux qui va se rendre au kyste.

L'ovaire est manifestement représenté par les corps arrondis, d'aspect fibreux. Le microscope a trouvé dans le suc extrait de ces corps des cellules et des noyaux semblables à ceux qui tapissent l'intérieur des vésicules de Graaf; on ne saurait pourtant trouver une analogie réelle entre ces corps fibreux particuliers et les vésicules ovariennes.

Nous trouvons encore un caractère qui paraît très important, et qui est tiré des rapports des vaisseaux ovariens, dont la distribution aboutit directement à ces masses globuleuses.

OBSERVATION.

Endocardite valvulaire et cavitaire chez un enfant de cinq ans. — Déformation et adhésions congénitales des valvules aortiques. — Rétrécissement de l'orifice aortique. — Par M. L. Blin, interne des hôpitaux.

Le nommé Demauroy (Alfred), âgé de cinq ans et demi, est entré, le 7 avril 1854, à l'hôpital des Enfants, salle Saint-Marcoy, n° 28, service de M. Henri Roger.

Cet enfant, d'une constitution chétive, a été admis pour une tumeur blanche du genou gauche très avancée; il était affecté en même temps d'une maladie du cœur qui a surtout attiré notre attention.

Voici les renseignements que nous avons pu obtenir. La mère prétend avoir remarqué que depuis sa naissance l'enfant a toujours eu la respiration un peu gênée; cette gêne ne se serait pas accrue sensiblement; jamais il n'a eu les jambes enflées.

Il ne tousse pas habituellement; plusieurs fois, il a été pris de toux violente qui disparaissait au bout de quelques jours, sans fièvre. Pendant sa première enfance, il n'a eu d'autre maladie qu'une petite vérole volante.

Il y a un an, l'enfant fut pris de douleurs dans les deux genoux; ces douleurs se dissipèrent au bout de quelques jours, elles ne s'étendirent pas à d'autres jointures. Trois mois après, le genou gauche devint malade; la maladie fit des progrès rapides, et depuis six mois la marche est devenue impossible.

A l'époque où ces douleurs articulaires se montrèrent, on n'a pas remarqué que la respiration de l'enfant fût plus gênée, ou qu'il présentât de l'oppression.

État actuel. — Au moment de l'entrée, on constate l'état suivant: figure pâle et altérée, maigreur très prononcée; pas d'infiltration des membres inférieurs. Tumeur blanche très avancée de l'articulation fémoro-tibiale gauche; fistules péri-articulaires, suppuration abondante, flexion de la jambe sur la cuisse, etc. L'appétit est conservé, la langue normale, le ventre

un peu ballonné; diarrhée, trois ou quatre selles liquides par jour.

Les poumons sont sonores à la percussion dans toute leur étendue. A la base du thorax et en arrière, on trouve des râles sous-crépitants des deux côtés.

Le pouls est à 100, petit et assez résistant.

La matité précordiale est assez étendue. A l'auscultation, on constate un souffle rude au premier temps, remplaçant complètement le premier bruit; ce souffle a son maximum d'intensité vers la base du cœur et la partie supérieure du sternum, et se propage dans les carotides; il diminue à mesure qu'on approche de la pointe du cœur; au niveau du mamelon on entend les bruits normaux. Le second bruit conserve son caractère parfaitement normal à la base.

Diagnostic. — *Lésion des valvules aortiques avec rétrécissement de l'orifice.* — A partir de son entrée à l'hôpital, l'enfant s'affaiblit graduellement. Le pouls s'accélère (120-140); la diarrhée augmente, les fistules péri-articulaires communiquent largement avec l'intérieur de l'articulation, en fournissant une suppuration abondante. Enfin, l'enfant succombe dans le dernier degré du marasme, le 4 mai.

Autopsie. — Le 6 mai, trente-six heures après la mort.

Les *plèvres* contiennent une très petite quantité de sérosité; le poumon gauche est légèrement adhérent vers sa partie moyenne.

La partie supérieure des deux *poumons* est crépitante, non congestionnée, et ne présente à la coupe que quelques granulations grises; la partie inférieure, au contraire, renferme de petites masses tuberculeuses jaunes disséminées, dont quelques-unes sont ramollies, et autour desquelles le parenchyme est congestionné.

Les *ganglions bronchiques* sont engorgés et tuberculeux.

Cœur. — Le *péricarde* contient une très petite quantité de sérosité; les deux feuillets séreux n'offrent pas d'altération. Le cœur est hypertrophié; l'hypertrophie porte exclusivement sur le ventricule gauche, dont les parois ont une épaisseur de 0^m,012. L'*endocarde* du ventricule gauche est épaissi et opacifié, surtout au voisinage de l'orifice aortique; dans quelques points, il offre une injection vasculaire très marquée. Les *valvules sigmoïdes* de

l'aorte sont légèrement insuffisantes, comme on l'a constaté en versant de l'eau dans l'aorte avant la section du cœur. Elles présentent une déformation remarquable; elles sont réduites au nombre de deux, l'une antérieure, l'autre postérieure; elles sont épaissies, ridées et de consistance presque cartilagineuse dans toute leur étendue. Les bords libres de ces deux valvules sont à peu près de même longueur, se correspondent exactement et sont même adhérents entre eux à leur extrémité droite; ils forment par leur rapprochement une fente curviligne.

Les cavités interceptées par ces valvules sont plus larges et plus profondes qu'à l'état normal; celle qui est formée par la valvule antérieure est divisée en deux parties par une sorte de tubercule qui forme une cloison incomplète, et qui paraît être le vestige de l'existence primitivement distincte de deux valvules plus tard réunies en une seule. La portion de l'orifice aortique correspondant au bord adhérent de la valvule antérieure présente deux festons fibreux, tandis qu'un seul feston correspond à la valvule postérieure. La valvule mitrale est un peu épaissie, mais non déformée. L'endocarde des cavités droites n'offre aucune altération; à la partie antérieure de l'anneau de Vieussens, il existe un canal oblique qui établit une communication entre les deux oreillettes; le calibre de ce canal admet une sonde cannelée. Le cœur droit renferme un caillot sanguin fibrineux et complètement décoloré, dont une portion se voit dans l'oreillette et l'autre dans le ventricule intriquée dans les tendons de la valvule tri-cuspide. Un caillot semblable, mais moins volumineux, existe dans les cavités gauches. L'origine de l'aorte présente une dilatation assez considérable, surtout au niveau de sa partie antérieure et droite; cette dilatation ne s'étend pas au delà de la première portion de la crosse de l'aorte.

Le foie et les reins sont volumineux et congestionnés.

Remarques. — L'observation précédente présente un bel exemple d'endocardite, affection peu commune chez les jeunes enfants. Les symptômes généraux propres aux affections du cœur ont manqué, et la mort a été due à une tout autre cause.

La lésion des valvules sigmoïdes me paraît devoir surtout attirer l'attention. Elle peut être rapprochée de faits semblables rapportés dans un travail publié l'année dernière dans un journal de médecine anglais, *The monthly journal of medical science*,

par Thomas Peacock, et dont les *Archives générales de médecine* ont donné une analyse étendue (octobre 1853). Ce mémoire est intitulé : *Des vices de conformation des valvules aortiques considérés comme causes de maladie* (1). Peacock rapporte trois observations de déformation des valvules avec endocardite.

Dans l'une de ces observations, on a constaté la réunion de deux valvules en une seule, en sorte qu'il ne restait plus qu'un vestige de leur division primitive ; la pièce pathologique a été représentée dans une planche annexée au mémoire ; elle présente avec la nôtre une très grande ressemblance.

La réunion des deux valvules en une seule est considérée par Peacock comme congénitale, quoiqu'elle ait été observée chez des individus déjà âgés. Il croit même pouvoir déterminer la période de la vie fœtale pendant laquelle s'est effectuée cette réunion, qu'il attribue à une inflammation survenue pendant la vie intra-utérine. Je vais traduire ce passage du mémoire du pathologiste anglais.

« Généralement, la valvule formée par l'union des deux segments est beaucoup plus large que l'autre, et le point primitif des divisions est indiqué à la face supérieure par une sorte de frein, qui s'étend de la portion de la valvule à la paroi de l'aorte, et sur la face inférieure par une dépression plus ou moins profonde. Dans ces cas, la dimension relative des deux valvules peut être regardée comme indiquant la période à laquelle l'union des deux segments s'est effectuée. Quand elles sont à peu près d'égale dimension, et que le frein et la dépression ne sont pas très apparents, la fusion a eu lieu probablement à une période peu avancée de la vie fœtale ; mais quand les deux valvules réunies forment une cavité beaucoup plus large que l'autre, et que les traces de leur division primitive sont très marquées, l'adhésion doit plutôt être rapportée à une époque de la vie fœtale rapprochée de la naissance. »

Les valvules ainsi déformées ou imparfaitement développées, selon M. Peacock, semblent prédisposer aux inflammations primitives et secondaires ; car il est rare de rencontrer des valvules dans cette condition qui ne présentent pas de traces d'inflammation.

(1) *On malformation of the aortic valves as a cause of disease.* — By Thomas Peacock, m.d., etc. — *Monthly Journal of medical science*, t. XVI, 1843.

L'observation que nous rapportons paraît corroborer l'opinion du médecin anglais. Le vestige peu prononcé de division primitive que présente sur sa concavité l'une des deux valvules sigmoïdes, la dimension à peu près égale de ces deux valvules, portent à penser que l'état défectueux qu'elles présentent a bien été congénital. Cette déformation pourrait être considérée, selon l'opinion de M. Peacock, comme la cause *prédisposante* de l'endocardite dont nous avons trouvé des traces évidentes non seulement sur les valvules, mais encore sur l'endocarde ventriculaire (épaississement, opacité, injection vasculaire). Rappelons que notre petit malade avait eu des douleurs articulaires que l'on peut regarder comme rhumatismales, et que l'endocardite a pu se développer sous la même influence.

OBSERVATION.

Tuberculisation du rein droit. — Pyélite. — Hypertrophie du rein gauche avec déplacement de l'organe pris pour une tumeur de l'ovaire. —
Par M. Perrét, interne des hôpitaux.

Le 15 mars 1854, est entrée à l'Hôpital de la Ribouisière la nommée Vlerockers, Constance, âgée de quarante ans, service de M. Becquerel, salle Sainte-Mathilde, n° 10. Cette femme, alitée depuis deux mois, souffre depuis six mois environ de douleurs vives et lancinantes dans la région lombaire, s'irradiant dans les aînes et les cuisses; elle accuse en même temps une douleur sourde et profonde au niveau du pubis, sans toutefois que la pression exagère la douleur. Le ventre est un peu déformé et plus saillant dans la région iliaque gauche que du côté droit.

En palpant l'abdomen, on trouve à gauche de la ligne médiane, une tumeur dure, d'un volume considérable, remontant presque au niveau des fausses côtes.

Cette tumeur, insensible à la pression, présente quelques mouvements obscurs. La malade a une leucorrhée, blanc grisâtre; et depuis un an, la menstruation est très irrégulière. Le toucher montre que l'utérus est un peu abaissé; le col et le corps paraissent sains; l'organe est peu mobile, et en le repoussant en haut, on imprime à la tumeur quelques mouvements très limités.

En portant le doigt à gauche du col, on sent la base de la tumeur, qui paraît faire corps avec l'ovaire.

La malade est dans un état de marasme très avancé, elle a complètement perdu l'appétit, et son teint présente une couleur jaune-paille très prononcée. Rien du côté des poumons. L'ovaire n'a pas été examiné.

Diagnostic. — *Tumeur ovarique du côté gauche, probablement de nature cancéreuse.* On prescrit à la malade, chaque jour extrait thébaïque 0,05, cataplasmes laudanisés; elle empire de jour en jour; le 23 une fièvre extrême et des sueurs abondantes se déclarent; le marasme devient de plus en plus complet, et cette femme succombe le 2 avril dans la soirée.

Autopsie, 4 avril 1854.

Nous étions tellement convaincus que nous avions affaire à une tumeur de l'ovaire, que nous avons de suite porté le scalpel sous le cul-de-sac utéro-vésical, et divisé une portion de la vessie qui est restée adhérente aux parois vaginales. L'état de la muqueuse vésicale nous a donné aussitôt l'éveil, et nous avons vu, en effet, que notre tumeur n'était autre chose que le rein déplacé et hypertrophié, reposant sur le fond de l'utérus et sur le ligament large du côté gauche.

Le rein gauche est situé dans la région iliaque, et légèrement oblique de haut en bas et de dehors en dedans; son extrémité inférieure touche le fond de l'utérus et le ligament large. Il est hypertrophié, son volume est à peu près triple du volume normal de l'organe. Sa longueur est 0,19; sa largeur 0,07; il est décoloré et lobulé à l'extérieur; il a perdu sa consistance; il est mou, et l'on sent manifestement de la fluctuation au niveau du hile, ou plutôt tout le long de son bord interne.

En pratiquant une coupe du bord convexe au bord concave de l'organe, on tombe dans des cavités spacieuses communiquant entre elles, qui ne sont autre chose que les calices et le bassinnet dilatés. Ces dilatations renferment un liquide trouble et séreux, sans dépôt de gravelle ni calculs. La muqueuse qui tapisse les canaux excréteurs est très épaissie et tapissée, dans son entier jusqu'à la vessie, de fausses membranes qui lui donnent un aspect chagriné, analogue à ce qu'on voit sur la face dorsale de la langue du veau. On peut aussi s'en faire une juste idée, en comparant cet aspect à celui que présente le péricarde à la suite d'une péricardite ancienne. Ces fausses membranes présentent une coloration brunâtre, très prononcée dans les trois quarts in-

férieurs; elles sont blanchâtres dans le quart supérieur, et d'une adhérence assez intime sur toute la surface des canaux dilatés.

L'uretère est aussi hypertrophié; son calibre est uniforme et perméable dans toute sa longueur, excepté au niveau du hile où il est oblitéré par des fausses membranes.

La substance du rein a subi aussi de nombreuses modifications; la substance corticale est lardacée, d'un blanc grisâtre et uniforme.

Les pyramides de Malpighi ne sont distinctes qu'à la partie supérieure et moyenne du rein; on les reconnaît à leur forme triangulaire et à leur coloration rose pâle, qui tranche légèrement sur la substance corticale anémiée; mais elles ont presque entièrement perdu leur aspect strié; cependant, on remarque encore çà et là quelques stries à leur sommet. Elles sont parsemées de granules blancs, jaunâtres, assez consistants, que nous croyons être les produits plastiques de l'inflammation.

Le rein droit occupe sa position habituelle, il est légèrement atrophié et considérablement déformé. Il présente à sa face antérieure et externe trois lobules séparés profondément les uns des autres et chacun de la grosseur d'un marron. La face postéro-interne présente seulement les vestiges de cette séparation. L'organe a une couleur d'un blanc mat, il est mou; il a une consistance pâteuse et présente au sommet une fluctuation manifeste. Sa coque fibreuse est très épaissie. L'incision du rein par son bord externe donne issue à un liquide crémeux et blanchâtre, renfermé dans une loge distincte au sommet du rein.

La substance rénale a complètement disparu pour faire place à une matière blanche, pâteuse, ayant la consistance d'une bouillie très épaisse et comparable à du plâtre délayé, et mieux encore, à de la chaux éteinte.

Cette matière, ainsi que l'a démontré M. Verneuil, n'est autre chose que du tubercule commençant à se ramollir. L'uretère est perméable. On peut aussi suivre les canaux sanguins jusqu'au hile.

La muqueuse vésicale est épaissie et tapissée de fausses membranes blanchâtres, analogues à celles que nous avons mentionnées plus haut, et qui tapissent les canaux excréteurs du rein gauche. La tunique musculaire a disparu et est remplacée par une couche de graisse. Les autres organes sont sains.

Réflexions. — L'observation que nous venons de donner est remarquable à plus d'un titre. Le rein gauche, déplacé et hypertrophié, a donné lieu à une erreur de diagnostic fort remarquable (1). On a prétendu qu'on pouvait reconnaître les déplacements du rein à la forme de l'organe, et aussi aux battements de l'artère rénale. Mais ici le rein était hypertrophié, déformé, et quant aux battements de l'artère, il nous paraît assez difficile de les percevoir lorsque les abdominales présentent un certain degré de tension et d'épaisseur. La tumeur paraissait faire corps avec l'utérus et le ligament large, et tout portait à croire qu'elle appartenait à l'ovaire.

Le rein droit, celui qui est transformé en tubercule, a certainement été malade bien avant le rein gauche. Il nous paraît rationnel de penser que l'hypertrophie et l'inflammation du rein gauche a été la conséquence de l'abolition des fonctions du rein droit.

La tuberculisation complète d'un rein sans présence de tubercules dans d'autres organes est aussi fort remarquable, et contredit l'assertion de M. Louis, qui affirme qu'après l'âge de quinze ans, on n'observe de tubercules dans aucun viscère, qu'il n'y en ait dans les poumons. M. Lebert nous paraît s'être plus rapproché de la vérité en disant que la tuberculisation glandulaire interne existe souvent sans tubercules pulmonaires. Nous avons eu plusieurs fois l'occasion de le vérifier sur des cadavres de vieillards pendant le temps de notre internat à Bicêtre.

(1) J'ai vu, dans le service de M. Velpeau, un bel exemple de déplacement du rein. La malade avait passé bien du temps à l'Hôtel-Dieu de Reims. On avait cru à une tumeur de nature douteuse, développée dans la cavité abdominale, puis à un déplacement de la rate.

La tumeur était placée au niveau à peu près, et à deux travers de doigts en dehors de l'ombilic: Elle était mobile, indolente, même aux plus fortes pressions. Elle montait et descendait en suivant les mouvements du thorax. Elle était assez superficiellement placée, et la main l'explorait avec la plus grande facilité. Aussi, on reconnaissait la forme du rein, on sentait le hile de cet organe, le bord convexe étant tourné en bas, le bord concave en haut et un peu en avant. Le rein semblait avoir accompli un mouvement de rotation de dehors en dedans, autour de son extrémité supérieure, qui serait restée en place. La percussion démontrait que la rate était à sa place. La malade, du reste, n'avait jamais eu d'accès de fièvre.

(Note du secrétaire.)

OBSERVATION.

Perte de la parole chez un homme de quatre-vingt-huit ans, coïncidant avec une apoplexie méningée à la peau, postérieure et inférieure du lobe postérieur du cerveau. — Par M. Chairon, interne des hôpitaux.

Le nommé Gênevols, âgé de quatre-vingt-huit ans, se trouvant, le 14 février 1854, dans sa salle, debout au milieu de sa famille, s'effondre tout à coup sur lui-même. On le fait asseoir sur une chaise. Interrogé, il regarde avec hébêtement ceux qui l'entourent, et sans les reconnaître. Il fait des efforts pour parler, mais sans pouvoir y parvenir.

On le mène aussitôt à l'infirmerie. Il marche bien seul, soutenu, il est vrai, sous les aisselles par deux infirmiers.

Homme d'une taille très élevée, maigre et sec de tempérament. — Physiognomie énergique. — Un des yeux a été perdu à la suite de l'opération de la cataracte.

La face est injectée, les sclérotiques sont sanguinolentes. — La tête paraît le siège d'une vive congestion.

La bouche n'offre aucune déviation; la pupille de l'œil sain (c'est l'œil gauche) ne paraît pas dilatée outre mesure, bien qu'on n'ait pas de point de comparaison. Les deux narines sont également sensibles aux odeurs; les oreilles au son. On ne peut constater s'il y a déviation de la langue, le malade ne la tirant pas hors de la bouche. Il n'est pas non plus possible de constater si les mouvements de cet organe sont bien libres dans tous les sens.

Le pouls est à 86 pulsations, fort, très tendu et résistant; rythme régulier.

L'auscultation de la poitrine permet de constater que la respiration est parfaitement nette, que les deux côtés du thorax se dilatent également.

Le ventre est souple, la langue large et humide; le malade, d'ailleurs, avait bien jeûné quelques heures auparavant.

La motilité est bien conservée. Le malade avait pu venir en marchant à l'infirmerie. — La pression des mains est énergique; l'agitation continuelle des bras ferait plutôt croire que l'énergie des mouvements est augmentée.

La sensibilité est intacte. — Pincé, le malade manifeste très

vivement la douleur, bien qu'il n'ait pas la faculté de la localiser.

Lorsqu'on l'interroge, il se met sur son séant, vous regarde fixement, comme s'il voyait remuer les lèvres pour la première fois. Il fait des efforts pour comprendre ce qu'on lui dit, semble y parvenir; et lorsqu'il s'efforce de répondre, il ne peut trouver que le mot : *Inconcevable*, *inconcevable*. Il presse en vain son front avec ses mains, comme pour en faire sortir l'idée qu'il veut émettre, il ne peut trouver que ce seul mot : *Inconcevable*. Il a, du reste, parfaitement conscience de son impuissance, ce qui lui cause un vif mouvement de désespoir.

Saignée de 4 palettes. — Cataplasmes sinapisés en permanence. — Diète.

Le 15 février. Le pouls est resté à 86 pulsations et a conservé les mêmes caractères. — L'injection de la face a diminué. Du reste, même état. — 30 sangsues au siège. — Cataplasmes sinapisés.

Le 16. Selles normales et volontaires. Le malade va lui-même à la chaise percée située auprès de son lit. — 20 sangsues aux apophyses mastoïdes. — Cataplasmes sinapisés. — Diète.

Le 17. L'état de fureur où se trouvait le malade a complètement cessé. — Il reste toujours couché sur le côté gauche, ne changeant de position que pour satisfaire ses besoins, ou quand on l'interroge. Alors il se met sur son séant.

Le pouls est resté à 86 pulsations.

Le 21. Le malade n'a pas été à la selle les jours précédents. Du reste, même état. — Calomel et jalap aa, 0,60. — Cataplasmes sinapisés. 2 bouillons, 2 potages.

Le 3 mars. On établit un séton à la nuque.

Le 4. Le malade paraît avoir totalement oublié le mot qu'il répétait sans cesse : *Inconcevable*. Maintenant, quelle que soit la question qu'on lui adresse, il répond : « *La même chose*. » Il ne paraît même plus comprendre les questions qui lui sont adressées. A tout ce qu'on peut lui dire, il répond : « *Oui, c'est la même chose*. » Lorsqu'on veut le faire écrire, il prend la plume, regarde le papier, mais ne semble pas avoir conscience de ce qu'on lui demande.

Le 5. Même état, seulement lorsqu'on lui panse le séton, la douleur lui arrache un juron qu'il oublie aussitôt.

Le 11. Le malade a beaucoup plus conscience de ce qui se passe autour de lui. Il mange avec plaisir les bonbons qu'on lui donne, dit *merci*. Mais c'est le seul mot nouveau qu'il prononce.

Le 15. L'amélioration semble continuer. Le malade dit : *Merçi, monsieur*. Et à toutes les questions il répète : *La même chose*. De temps à autre, on lui fait répéter un nouveau mot ou une nouvelle phrase, mais il l'oublie aussitôt. Il paraît très vivement affecté de ne pas voir clair. Il porte constamment sa main à son œil sain et tire fortement la paupière. — Suppression du séton, du calomel et du jalap. — Vin de Bagnols.

A partir de ce moment, l'amélioration fait des progrès rapides. Le malade apprend chaque jour quelque nouveau mot, quelque nouvelle phrase. Il recherche le soleil, exprime son plaisir de pouvoir se promener ; mais il est toujours dans un profond chagrin de ne pas voir clair. Rien ne peut le distraire de cette idée.

La santé générale est dans l'état le plus satisfaisant. Le pouls est resté à 34 pulsations avec les mêmes caractères.

L'appétit est très bon, les selles normales, les organes de la respiration parfaitement sains.

Le 24 avril, la parole est à peu près revenue ; le malade prend l'initiative pour demander ce dont il a besoin. L'intelligence est très nette, il comprend parfaitement tout ce qu'on lui dit. La sensibilité générale est intacte, ainsi que la motilité. La faculté de localiser la douleur est revenue.

Le 25 avril, le malade profite d'un moment où il n'est pas surveillé pour se jeter par la fenêtre. On le ramasse et il manifeste sa douleur de ne s'être pas tué par des paroles très distinctes : « *Oh, mon Dieu ! je pensais mourir, je croyais m'être tué.* » etc.

Mort le 27 avril.

Autopsie le 28 avril, à dix heures du matin, vingt-six heures après la mort.

Le cadavre n'est nullement putréfié. Les pieds sont le siège d'un gonflement considérable, suite de la chute.

La dure-mère est très adhérente aux os du crâne.

L'arachnoïde et la pie-mère sont le siège d'une injection assez notable. On trouve principalement à la base quelques artères à parois crétacées et même ossifiées.

Quand on enlève les membranes, on trouve les circonvolutions cutanées, et un peu aplaties comme chez tous les vieillards, mais

aucune lésion ne se présente à un examen superficiel. Mais lorsqu'on soulève le cervelet, on voit à la partie postérieure et inférieure de l'hémisphère droit une dépression pouvant contenir une petite amande. Les membranes appliquées en cet endroit présentent une coloration semblable à de la rouille.

La substance cérébrale a une coloration semblable. Les circonvolutions sont aplaties et effacées. La substance cérébrale tassée offre à cet endroit la densité et la dureté du tissu fibreux. Tout autour le tissu cérébral est parfaitement sain.

Le cerveau est fortement piqué à la coupe. Les ventricules sont, comme chez tous les vieillards, distendus par une assez grande quantité de sérosité.

Le cervelet, la protubérance sont parfaitement sains.

Le reste de l'autopsie n'a présenté aucune particularité notable.

Ont été nommés membres-adjoints :

MM. Landry,
Tarnier,
Codet,

MM. Milard,
Vautrin,
Passant.

A été rayé de la liste des membres de la Société :

M. Pitat.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

XXIX^e ANNÉE.

Bulletin N^o 5. — Mai 1854.

RÉDIGÉ

PAR M. LE DOCTEUR BAUCHET, SECRÉTAIRE.

SOMMAIRE.

Extrait des procès-verbaux des séances de la Société.

1. Organes génitaux (vice de conformation). — 2. Pyélo-néphrite. — 3. Testicule tuberculeux. — 4. Névromes. — 5. Polype du rectum. — 6. Absès dans le testicule. — 7. Kystes dans l'utérus. — 8. Utérus très long. — 9. Cancer du sein. — 10. Cancer épithélial du plancher de la bouche. — 11. Valvule anormale dans le canal de l'urètre. — 12. Fracture du rocher. — 13. Fracture du frontal (accouchement). — 14. Vésicules de de Graaf. — 15. Corps étranger de l'articulation du coude. — 16. Tumeurs fibro-plastiques des ovaires. — 17. Corps fibreux de l'utérus. — 18. Apoplexie placentaire. — 19. Tumeur colloïde du sein. — 20. Tubercules dans les trompes utérines. — 21. Fémur rachitique. — 22. Abolition de la parole, suite d'apoplexie.

OBSERVATIONS : 1^o Hypertrophie du cœur avec dilatation de l'aorte, par M. Chairou, interne des hôpitaux (extrait du rapport de M. Marcé). — 2^o Goutte, maladie des reins, par le même auteur (extrait du rapport de M. Marcé; discussion). — 3^o Kyste de l'ovaire multiloculaire, par M. Bailly, interne des hôpitaux. — 4^o Dilatation énorme et totale du cœur, par M. Duclos, interne des hôpitaux.

PRÉSIDENCE DE M. CRUVEILHIER.

1. M. Guyot présente une pièce recueillie à l'amphithéâtre de Clamart sur un homme âgé de soixante-dix ans environ, qui avait à peine quelques vestiges de barbe, les mamelles de grosseur ordinaire, mais dont les formes étaient généralement arrondies, et le bassin large comme celui d'une femme. La pièce

comprend les *organes génitaux*. On y remarque, au-dessous d'un pénis à peine développé et garni de poils assez rares, un petit mamelon de 0^m,04 de longueur, percé au sommet d'un trou qui est l'orifice de l'urètre. Au-dessous de ce pénis rudimentaire on ne trouve rien qui ressemble au scrotum; à peine un léger pli de la peau en indique-t-il la place. Dans l'épaisseur de ce pli, on ne voit pas le moindre vestige des testicules. Ces organes, atrophiés et réduits au volume d'un haricot, sont engagés dans l'anneau. On a pu constater sur la pièce l'existence de deux conduits déférents, de deux vésicules séminales et d'une vessie normalement développée.

2. *M. Guyot* montre ensuite les *organes génito-urinaires* d'un homme âgé de quarante-cinq ans, mort d'une *pyélo-néphrite*, consécutive à un rétrécissement de l'urètre. Le malade attribuait ce rétrécissement à une blennorrhagie contractée à l'âge de quinze ans. Pendant quelque temps il avait pu se sonder lui-même, puis il dut y renoncer. Une cystite se déclara; cette cystite devint purulente: l'urine ne coulait plus que goutte à goutte. Des symptômes de néphrite survinrent, et le malade succomba. A l'autopsie, les calices, le bassin et les uretères étaient dilatés et remplis de pus. La vessie elle-même était pleine d'un liquide purulent et présentait l'apparence d'une vessie à colonnes. Il était impossible de pénétrer par l'urètre dans la vessie, même avec un stylet ordinaire. On le fendit alors suivant sa hauteur, d'arrière en avant. L'obstacle était formé par un rétrécissement fibreux très dense, fermant à peu près complètement le canal, un peu en avant de la portion membraneuse. Celle-ci était dilatée en forme de cul-de-sac, et présentait l'apparence d'une petite vessie supplémentaire. Au niveau du rétrécissement, on constata l'existence de deux fausses routes. Le malade ayant eu une orchite, on examina avec soin le testicule: l'épididyme était très dur et volumineux; la tunique vaginale adhérait au testicule.

3. *M. Godard* présente une pièce recueillie dans le service de *M. Vidal*. L'homme qui fait le sujet de cette communication avait reçu, en 1848, un coup sur la région scrotale, et depuis cette époque il avait éprouvé de vives douleurs dans le *testicule gauche*. Cet organe avait sensiblement grossi, il faisait hernie à travers une ulcération de la peau du scrotum; il était saignant,

fonctueux, et donnait lieu à une suppuration très abondante. Après l'ablation, on le trouva, ainsi que le canal déférent, rempli de matière tuberculeuse. On y reconnut encore l'existence d'un petit kyste. L'autre testicule paraissait atteint d'une maladie semblable, autant du moins que pouvait le faire présumer l'existence d'indurations très notables, situées sur le trajet du cordon : par le toucher rectal, on sentait aussi deux noyaux durs dans la prostate ; ces noyaux sont probablement aussi de nature tuberculeuse.

4. *M. Fano* présente un moignon recueilli à l'amphithéâtre sur un individu qui avait subi l'amputation du bras. Il a pu constater que le muscle biceps était devenu en grande partie fibreux ; que chacune des branches qui constituent le plexus brachial se terminait au niveau de la section par un renflement ; qu'ainsi le nerf médian était en ce point arrondi, globuleux, ayant la forme et le volume d'une petite noisette. Il en était de même du nerf cubital. Le radial, divisé en deux branches, portait, à l'extrémité de chacune d'elles, un renflement fusiforme. Le canal médullaire était oblitéré ; enfin l'artère brachiale se terminait par un petit cordon fibreux de 2 centimètres d'étendue, et contenait un petit caillot adhérent de 1 centimètre environ ; la première collatérale partant à 5 centimètres au-dessus.

5. *M. Verneuil* met sous les yeux de la Société une petite tumeur enlevée sur un jeune enfant par *M. Richet*. Prise d'abord pour une hémorroïde, elle a été reconnue plus tard pour un polype muqueux du rectum. L'examen a démontré à *M. Verneuil* qu'elle était constituée par une hypertrophie des glandes de Lieberkuhn. Chacune de ces glandes est quatre ou cinq fois plus grosse que d'ordinaire, et l'on peut en distinguer l'orifice à l'œil nu. Elles sont un peu rameuses, et offrent trois ou quatre digitations. *M. Richet* a enlevé successivement sur le même malade plusieurs tumeurs de même nature qui adhéraient assez intimement à la muqueuse rectale.

Ces petits polypes sont très fréquents chez les enfants.

6. *M. Lorain* présente une pièce recueillie dans le service de *M. Nélaton*. Le sujet avait dans la région des bourses une tumeur volumineuse indolente, qui avait mis deux ans à se développer. Un médecin fit une ponction, puis une injection iodée. Le volume de la tumeur ne diminua pas : il s'y développa de la douleur ; puis vint un abcès, et le malade entra à l'hôpital, où

M. Nélaton, croyant avoir affaire à un kyste ou à un cancer du testicule, fendit le scrotum et enleva la tumeur. Celle-ci étant incisée, on trouva à l'intérieur un petit caillot qui est le vestige de l'ancienne ponction suivie d'injection ; puis, plus profondément, une poche assez vaste dont les parois offrent une grande analogie avec une vessie à colonnes ou avec la face interne du cœur. Le liquide renfermé dans cette poche était du pus.

Dans le tissu de la tumeur, on n'a constaté aucune trace de tubes séminifères ; tous semblent avoir disparu et être uniquement remplacés par du tissu fibreux qui forme les parois de la poche. C'était donc un abcès qui s'était développé spontanément dans le testicule, sans cause appréciable, sans provoquer la moindre douleur.

7. M. Boullard montre deux pièces recueillies à l'amphithéâtre, et relatives à la *pathologie de l'utérus*. La première est un col utérin dans l'épaisseur duquel on voit *trois kystes globuleux*, contenant une matière albumineuse.

M. Lorain ayant émis l'opinion que ces kystes pourraient bien être des œufs de Naboth, M. Boullard répond qu'il est heureux de voir ainsi confirmée l'opinion qu'il s'était faite en examinant la pièce, et fait remarquer à quelle profondeur se trouvent les kystes qui font plutôt saillie vers la paroi externe que vers la paroi interne de l'utérus.

8. La seconde pièce de M. Boullard est un *utérus remarquable par sa longueur*, et surtout par la disposition du museau de tanche, dont les lèvres sont larges, triangulaires et profondément bifides. M. Boullard fait observer que le col utérin se voyait à travers les grandes lèvres, et que, par conséquent, la malade était atteinte d'une chute de matrice. L'allongement de l'utérus dans les cas de chute de matrice a déjà été constaté par M. Huguier.

9. M. Godart montre un exemple de *cancer (squirrhe) de la mamelle*, c'est une variété du *squirrhe dit atrophique*. Il présente ceci de remarquable, qu'il est formé de deux plans, de deux couches superposées. L'une d'elles est adhérente à la peau et rétracte le mamelon ; l'autre, séparée de la précédente par une couche de tissu adipeux, répond plutôt à la face profonde de l'organe. A l'œil nu comme au microscope, on trouve tous les caractères du cancer.

10. *M. Godart* présente ensuite un *cancer épithélial*, occupant le plancher de la bouche, et qui avait altéré la portion du maxillaire avec laquelle il était en contact. L'examen microscopique a prouvé que c'était bien un cancroïde. Les ganglions voisins étaient malades; l'ulcération avait détruit les muscles sterno-hyoïdiens, sterno-thyroïdiens, l'os hyoïde, les cartilages thyroïde et cricoïde, une partie du corps thyroïde. Rien dans d'autres viscères. Le malade a succombé aux hémorrhagies répétées, à l'abondance de la suppuration, aux progrès de l'ulcération.

11. Enfin le même présentateur met sous les yeux de la Société la pièce suivante : Dans le *canal de l'urètre*, sur un des côtés du verumontanum, on voit une *valvule membraneuse* fine, délicate, rappelant par sa forme un *nid de pigeon*, les valvules sigmoïdes, ou encore les valvules de Tarin. La portion libre regarde vers le col de la vessie; son bord adhérent est tourné en avant. Aucun auteur n'a parlé d'une semblable valvule.

12. *M. Gallard* montre un exemple de *fracture du rocher*. Une jeune fille, tombée dans les fossés des fortifications et apportée ensuite à l'hôpital Beaujon, mourut un mois après son entrée, avec des symptômes de choléra, alors qu'on pouvait espérer une guérison prochaine. Comme symptômes remarquables, on a observé un suintement séreux, peu abondant, par l'oreille, lequel a été bientôt remplacé par un suintement purulent. Du reste, il n'y a pas eu de lésion de la sensibilité ni de la motilité, pas de paralysie. La perte de connaissance a été très courte au moment de l'accident.

A l'autopsie, on a trouvé une fracture qui, partant de la bosse pariétale gauche, gagnait la base du crâne en suivant l'axe du rocher, et s'arrêtait au niveau de la selle turcique. C'est là un exemple de fracture longitudinale du rocher par cause directe.

Du côté de l'encéphale, il y avait un ramollissement du lobe moyen au niveau de la fracture, et aussi à droite, bien que dans la fosse cérébrale moyenne il n'existât aucune fracture.

M. Broca fait observer que ces suintements purulents succédant à un suintement séreux par l'oreille ne sont pas très rares, et qu'ils trouvent leur explication naturelle dans l'inflammation consécutive à une fracture de la base du crâne. Le cas actuel, dit-il, pourrait être invoqué par les partisans de la théorie de l'épanchement sanguin et des caillots dans les cas d'écoulement

séreux ou séro-sanguin par le conduit auditif. Ainsi, on peut dire que le sérum s'est d'abord échappé par la fissure, puis que le caillot s'est enflammé, et que l'écoulement est devenu purulent. Mais à l'autopsie, on ne trouve pas de caillot. Si donc, *a priori*, ce fait paraît être en faveur de la théorie dont je viens de parler, s'il en est de même de toutes les observations dans lesquelles l'écoulement séreux est peu abondant, et en particulier d'un fait observé par M. Richet, dans lequel il ne s'écoula que quelques gouttes de sérosité, il n'en est plus ainsi quand le liquide est abondant, quand l'écoulement dure plusieurs jours, une semaine ou plus longtemps encore. Dans ces cas, bien évidemment, le liquide qui s'écoule est un liquide qui existe normalement dans la boîte crânienne, je veux dire le liquide encéphalo-rachidien.

13. *M. Charrier* présente une *fracture du frontal* produite pendant l'accouchement par l'angle sacro-vertébral. Il s'agissait d'une présentation occipito-iliaque gauche. Après douze heures de travail, *M. Danyau* vit la femme, attendit quelques heures encore, puis il se décida à appliquer le forceps. Les branches de l'instrument n'ont pas porté sur le point lésé; c'est l'angle sacro-vertébral qui a comprimé et aplati la tête en ce point. Au moment de la naissance, on ne vit d'abord pas d'enfoncement; au contraire, il y avait une bosse sanguine. L'enfant eut des convulsions, puis de la somnolence, et ne tarda pas à succomber. A l'autopsie, sous la bosse sanguine, on constate une fracture complète en plusieurs points, incomplète dans d'autres. Le *frontal est enfoncé*, la face interne fait saillie du côté de la cavité encéphalique.

14. *M. Duchaussoy* ayant fait l'autopsie d'une *jeune femme morte au moment des règles*, a trouvé la *muqueuse utérine* flasque, molle, fongueuse. Le col est presque complètement fermé. On voit à chaque ovaire une vésicule de de Graaf énorme: en l'incisant, on la trouve remplie de sang liquide, puis, quand le sang s'est écoulé, on rencontre un caillot, et sous le caillot, le corps jaune. On peut se demander, avec MM. Pouchet et Raciborski, si ce corps jaune ne serait pas dû à une transformation du caillot, ou s'il serait seulement le résultat d'un épanchement plastique, ou bien s'il ne serait autre chose que la membrane même de la vésicule de de Graaf. Pour *M. Coste*, en effet, l'épanche-

ment sanguin est accidentel. Le fait de deux épanchements sanguins dans deux vésicules est assurément digne d'être consigné.

M. Broca fait remarquer, d'après un calcul de M. Verneuil sur la quantité de sang épanché nécessaire pour que la fibrine pût former une masse appréciable, qu'il faudrait, dans le cas actuel, pour que la fibrine du sang pût donner lieu au corps jaune, un épanchement hématique beaucoup plus considérable que l'ovaire lui-même. L'épanchement plastique qui accompagne et surtout suit l'épanchement sanguin, et même la simple rupture de la vésicule, doivent jouer un grand rôle dans la formation du corps jaune.

15. M. Aubré présente à la Société un exemple de *corps étranger de l'articulation du coude*. La pièce a été recueillie dans le service de M. Hervez de Chégoin, sur le cadavre d'un charbonnier de trente à trente-cinq ans.

Bien souvent on a apporté à la Société des exemples de corps étranger des articulations, et principalement de l'articulation du coude. Il y a peu de temps, en faisant une semblable présentation, M. Foucher l'accompagnait de remarques intéressantes. Mais la pièce qui est mise sous nos yeux mérite de fixer notre attention.

Ce charbonnier est entré à l'hôpital, souffrant beaucoup de l'articulation du coude du côté droit. Il avait fait quinze jours auparavant une chute sur ce membre; depuis ce moment, il avait éprouvé des douleurs de plus en plus vives, et après quelques jours il avait dû interrompre tout à fait ses occupations.

Quand on l'a examiné, on a vu que le coude droit, très douloureux, était le siège d'une tuméfaction assez considérable, avec rougeur, chaleur et fluctuation. En même temps, les mouvements du coude du côté gauche et de l'articulation tibio-tarsienne gauche étaient pénibles, et accompagnés de douleurs et de gonflement. La pression dans les régions augmentait la souffrance.

Avec tout cela, fièvre, céphalalgie, anorexie, un peu de délire.

Le diagnostic fut celui-ci : Arthrite aiguë, probablement traumatique, coïncidant avec un rhumatisme articulaire ayant envahi le coude gauche et l'article tibio-tarsien du même côté.

A peine le malade est-il entré dans le service de M. Hervez,

que les symptômes généraux prennent un caractère fort grave; un délire très aigü s'empare du malade, qui meurt au bout de vingt-quatre heures.

A l'autopsie, rien dans le cerveau ou ses enveloppes. Dans l'articulation du coude droit, du pus, en quantité bien notable. Le pus a fusé sous le muscle brachial antérieur; le périoste huméral dans ce point est peu adhérent, se décolle avec facilité. Les cartilages ont perdu leur aspect lisse et poli; ils présentent quelques érosions. Dans l'article, *plusieurs corps étrangers*. Un entre autres, libre, de la grosseur d'un petit pois, est tombé au moment où l'on a ouvert l'articulation. Un autre est placé sous le ligament latéral externe et le ligament annulaire. Il est peu mobile quand l'articulation est fermée; dans le cas contraire, il est assez libre, flottant, tenant par un pédicule. Il a la consistance du fibrocartilage, et le volume d'un demi-haricot. Dans d'autres points, on en voit de petits, de la grosseur d'une tête d'épingle, en voie de formation. Ils sont assez adhérents profondément. L'un de ces corps étrangers mérite une mention spéciale. Il est situé en avant, au-dessus de la surface articulaire humérale; il est, comme on s'en assure aisément, logé dans une petite fossette creusée dans la substance osseuse de l'humérus, et *placé sous la synoviale*. On peut suivre manifestement la membrane séreuse, qui passe au-devant de lui et l'enferme dans sa loge.

Les surfaces articulaires, surtout celles de l'humérus, sont un peu élargies; la cupule du radius est plus étalée.

Ce fait est bien curieux, à cause de l'âge du malade, de la marche de la maladie, du développement de l'arthrite, coïncidant avec un rhumatisme articulaire, et aussi du siège et de la situation des corps étrangers.

16. *M. Liégeois* montre un exemple de *tumeurs des ovaires*.

La femme qui avait cette affection est entrée à l'hôpital, et elle est morte le soir même, ce qui fait que les renseignements n'ont pas été très complets.

Cette femme était épuisée, avec une figure cachectique, pâle, presque exsangue. On sentait, par la palpation, dans son ventre, une tumeur dure, bosselée.

A l'autopsie, on trouve à la place de chaque ovaire une tumeur de la grosseur du poing, assez dure, élastique. Cette tumeur, à la coupe, offre l'aspect du tissu encéphaloïde; mais il

ne suinte pas de suc, et le tissu est très ferme. Le microscope a trouvé tous les éléments du tissu *fibro-plastique*. C'est un fait remarquable. Les tumeurs de cette nature, dans les organes, et surtout dans les ovaires, sont assez rares.

M. Dufour rappelle à cette occasion, qu'il y a deux ans, il a apporté à la Société une *tumeur de huit livres, siégeant dans l'ovaire, et formée de tissu fibreux*.

M. Bauchet dit que les tumeurs fibreuses et fibro-plastiques des ovaires sont fort rares; et dernièrement encore, il mettait sous les yeux de la Société une énorme tumeur que l'on devait, *à priori*, rapporter à l'ovaire. Mais après une dissection attentive, il s'est convaincu qu'elle appartenait à l'utérus, et qu'elle était appendue à cet organe. Cette lésion est, dans le cas actuel, bien clairement placée dans l'ovaire.

17. *M. Genouville* montre un cas de *corps fibreux multiples*, de volumes différents, placés dans *toutes les portions du corps de l'utérus*, les uns tout près de la muqueuse, les autres avoisinant la surface extérieure, d'autres au milieu même du tissu utérin. Les pièces semblables ne sont pas rares.

18. *M. Fano* présente à la Société un *placenta* recueilli il y a quelques jours. La jeune femme de qui vient ce placenta était accouchée avant terme d'un enfant mort. Déjà deux grossesses antérieures n'avaient pu atteindre leur terme ordinaire. Une première fois, cette dame était accouchée à sept mois, une seconde fois à huit mois, et chaque fois d'un enfant mort. La plupart des cotylédons sont convertis en une espèce de tissu fibreux. On leur voit une teinte d'un jaune rougeâtre; ils sont formés de noyaux plus ou moins épais; et *M. Fano* est porté à croire que les noyaux sont dus à des caillots fibrineux, qu'ils sont le résultat de la transformation du sang épanché accidentellement dans le placenta; c'est peut-être une espèce d'*apoplexie placentaire*.

M. Dufour a eu l'occasion de voir, il y a peu de temps, une lésion semblable à celle dont *M. Fano* vient de parler. *M. Blot*, en la citant dans son cours, disait que c'était cette altération que les Anglais désignent sous le nom d'*altération graisseuse du placenta*. On y retrouvait tous les éléments des villosités choriales; il était aussi exsangue.

M. Moreau dit qu'il règne encore beaucoup d'obscurité sur les maladies du placenta, et qu'elles ont besoin d'être bien étu-

diées. Il donnerait cependant assez volontiers le nom d'*apoplexie placentaire* à l'altération que M. Fano présente. Cette opinion est fondée sur l'apparence de la lésion, sur son siège, sur l'avortement qu'elle a provoqué. On a remarqué souvent de ces altérations sur le placenta dans des avortements répétés, et les moyens que l'on met en usage, et qui réussissent quelquefois pour combattre cette fâcheuse prédisposition, sont les antiphlogistiques et surtout les émissions sanguines.

M. Boullard rappelle le calcul de M. Vernet pour montrer quelle quantité de sang il faudrait pour expliquer un dépôt fibrineux appréciable.

Plusieurs membres, M. Blain des Cormiers entre autres, se demandent jusqu'à quel point le calcul est rigoureux. Il est séduisant au premier abord, mais bientôt on le trouve spécieux, subtil, surtout quand on se rappelle ces dépôts que l'on trouve dans l'encéphale, et qui, bien certainement, ont succédé à des épanchements sanguins.

M. Cruveilhier ne serait pas éloigné de penser que la maladie qui est mise sous nos yeux n'est autre chose qu'une *atrophie placentaire*, suite de décollements partiels et successifs. Je vois toutefois, dit-il, dans cette pièce, et à la face profonde du placenta, des noyaux jaunâtres qui semblent écarter cette supposition. Dans ces atrophies placentaires, dans ces décollements successifs, il y a habituellement des hémorrhagies plus ou moins abondantes et revenant à des intervalles plus ou moins rapprochés. A cette altération se rattachent des considérations d'une haute importance. Souvent, si le placenta devient malade, c'est à une diathèse syphilitique qu'il faut rapporter son altération.

A ce propos, je citerai un fait digne d'intérêt que j'ai observé en 1818. Je fus consulté par une dame qui avait eu deux enfants à terme, et chez laquelle ensuite aucune grossesse ne pouvait arriver à bien. Elle fit successivement quatre fausses couches. J'interrogeai le mari et j'appris qu'il avait eu autrefois la syphilis; je le soumis à un traitement spécial, et, à partir de ce moment, les mêmes accidents ne se reproduisirent plus durant la grossesse de sa femme.

19. M. Guyot apporte une tumeur colloïde du sein, opérée par M. Robert.

La malade, âgée de cinquante-huit ans, affirmait que la maladie ne datait que de deux ans.

La tumeur, située en haut et en dehors de la mamelle, était fluctuante. Elle était placée sous la peau, et la glande elle-même était intacte. Une ponction exploratrice fut pratiquée, il ne sortit rien par la petite canule. L'extirpation en fut faite le lendemain.

La tumeur est formée d'un tissu gélatineux mou, ressemblant à de la gelée de pomme. C'est bien évidemment une de ces tumeurs que l'on désigne sous le nom de *colloïdes*. Ça et là on trouve quelques brides fibreuses qui semblent cloisonner la tumeur et renfermer la matière colloïde dans de petites loges. On voit aussi à la peau le point où a été faite la ponction exploratrice, et, dans le centre de la tumeur, un petit épanchement sanguin qui provient de cette piqûre.

M. Dufour a examiné cette pièce au microscope et a trouvé des cellules et des noyaux de cancer bien caractérisés.

Une discussion s'élève dans laquelle M. Bauchet dit que M. Robin n'a jamais rencontré de cancer dans la matière colloïde, tandis que M. Broca affirme en avoir trouvé bien souvent.

20. M. Foucher, au nom de M. Bouteiller fils, de Rouen, présente un exemple de *dépôt tuberculeux dans les trompes*.

M. Bouteiller accompagne cet envoi de la note suivante :

La femme, âgée de trente ans environ, est morte, à la maison d'arrêt, de phthisie pulmonaire. On trouvait du tubercule dans le foie, surtout à la surface du parenchyme. On en trouvait aussi dans les reins.

Rien dans l'utérus, rien dans les ovaires. On voit près du col de la matrice deux petites ulcérations, mais qui ne sont pas de nature tuberculeuse.

Les deux trompes sont comme injectées ; elles sont remplies dans leur intérieur de matière tuberculeuse. Au moment où elles arrivent à l'utérus, à un centimètre environ de leur union avec cet organe, le dépôt tuberculeux s'arrête, les trompes reprennent leurs formes et leurs dimensions normales.

M. Bauchet dit que ces dépôts tuberculeux peuvent être rapprochés de ceux qu'on trouve dans le canal déférent, dans l'épididyme, etc., et sur lesquels M. Verneuil a particulièrement insisté dans une des séances précédentes.

M. Boullard a, dit-il, vu assez souvent des dépôts semblables

dans les trompes, et *M. Leudet* rappelle que des cas de ce genre ne sont pas rares dans les observations et les autopsies de péri-tonites tuberculeuses.

21. *M. Foucher* montre un *fémur* autrefois rachitique et guéri. Le tissu osseux est dur, un peu rougeâtre encore. Le col et le corps de cet os sont réunis à angle droit.

La pièce provient du cadavre d'un jeune homme de quinze à vingt ans.

22. A l'occasion de l'observation de *M. Chairou*, rapportée dans le Bulletin du mois dernier, *M. Marcé* fait les remarques suivantes :

C'est un cas d'abolition de la parole chez un homme de quatre-vingt-huit ans, coïncidant avec une apoplexie méningée à la partie postérieure et inférieure du lobe postérieur du cerveau. L'épanchement sanguin avait déterminé dans l'hémisphère droit une dépression capable de loger une amande.

Il faut d'abord observer que la corrélation qui existe entre le symptôme et le fait anatomique ne saurait ici être contestée. A une lésion cérébrale unique correspondait un symptôme unique, l'abolition de la parole, sans altération bien marquée de la sensibilité et de la motilité dans les autres parties du corps.

Ce fait est, en outre, une confirmation de la distinction que l'on doit établir, au point de vue physiologique, entre le principe qui préside à la contractilité des muscles phonateurs et cet autre principe que *M. Bouillaud* a appelé législateur et coordinateur de la parole, et qui n'est autre chose que l'organe de la mémoire des mots. Ce n'est pas la première fois, du reste, que la pathologie vient à l'appui de cette opinion physiologique, la science a déjà enregistré plusieurs faits où ces deux fonctions se trouvaient lésées isolément, mais aucun, à notre avis, n'est plus concluant que celui du docteur *Munaret*, cité par *M. Bouillaud* dans son *Traité de l'encéphalite*. Dans ce cas, dont on ne paraît pas avoir tiré toutes les conclusions possibles, le malade prononçait parfaitement tous les mots, mais il avait perdu la notion de leur valeur, et il les appliquait à tort et à travers aux divers objets qu'il avait l'intention de désigner.

Dans l'observation de *M. Chairou*, quoiqu'on n'ait pu constater directement l'étendue des mouvements de la langue, la facilité de la déglutition, la possibilité de prononcer nettement

certaines paroles ne laissait aucun doute sur l'intégrité de ses mouvements; mais le malade avait perdu la mémoire des mots et en avait conscience, car il semblait au désespoir de ne pouvoir exprimer les idées qui lui venaient à l'esprit. Notons enfin qu'on a essayé de le faire écrire, mais qu'on n'a pu y parvenir.

Si maintenant on étudie le fait de M. Chairou au point de vue de la localisation de la fonction de la parole, on voit qu'il ne manque pas d'un certain intérêt.

Personne n'ignore les travaux remarquables à l'aide desquels M. Bouillaud s'est efforcé de prouver que, dans les lobes antérieurs, siégeaient à la fois et le principe formateur des signes représentatifs de nos idées et le principe destiné à mettre en jeu l'appareil musculaire de la phonation. Mais on sait aussi que M. Andral est venu combattre cette opinion à l'aide d'un nombre imposant de faits. Sur 37 cas de lésion des lobes antérieurs, la parole n'a été abolie que 21 fois, et d'un autre côté sur 14 cas d'abolition de la parole sans aucune altération des lobes antérieurs, il y avait 7 cas relatifs à des maladies des lobules moyens, 7 autres à des maladies des lobules postérieurs. C'est donc dans cette dernière catégorie qu'il faudra ranger le fait de M. Chairou, tout en songeant bien que ces faits divers et opposés ne sauraient se réfuter l'un l'autre, et qu'il faut en tenir un compte exact jusqu'à ce que quelque découverte physiologique nouvelle vienne donner la clef de ces contradictions apparentes.

On pourrait d'ailleurs se demander, en raison de l'existence aujourd'hui incontestée de ces deux principes qui président à la formation de la parole, si les termes de la localisation doivent être posés comme ils l'ont été jusqu'ici. — Si l'on parle de l'abolition de la contractilité des muscles phonateurs, rien de plus simple, car on comprend sans peine que la destruction ou la compression de certaines fibres motrices de la moelle, pendant leur irradiation dans le cerveau, puisse anéantir la contraction musculaire en un point donné du corps.

Mais dans les cas où il y a abolition de la faculté de coordination des mots, les conditions sont différentes; maintenant que le temps et l'expérience ont prouvé combien étaient erronées et insuffisantes les idées de Gall relativement à la localisation du jugement, de la mémoire et des facultés analogues, il devient inadmissible de chercher encore à placer dans telle ou telle partie

de l'encéphale le siège du principe législateur de la parole. Tout au plus peut-on dire, à ce point de vue, que le cerveau forme un ensemble doué de propriétés multiples impossibles à isoler, et dont l'analyse échappe à la localisation anatomique : n'est-ce pas à cette conclusion qu'on arrive involontairement, lorsqu'on voit les troubles de la mémoire, du jugement, de l'imagination et de tant d'autres facultés, succéder à des lésions cérébrales si diverses et de siège et de nature.

OBSERVATION.

Hypertrophie du cœur avec dilatation de l'aorte et formation de matières crétacées, sans maladies des valvules. — Par M. Chairou, interne des hôpitaux.

Homme de petite taille, âgé de soixante-dix ans ; aspect anémique, les yeux toujours grandement ouverts, les pupilles dilatées ; ancien maître d'études.

18 mai. Il se plaint de ne pouvoir plus, depuis quelque temps, faire trois pas sans être essoufflé et obligé de s'arrêter pour reprendre haleine. Dès qu'il monte un escalier, il a des palpitations très fortes ; de plus, il tousse. A l'en croire, il n'aurait jamais été saigné pour une maladie du cœur.

Son pouls est à 77 pulsations, très irrégulier, vibrant et dépressible ; il laisse au doigt la sensation d'une corde à boyau en vibration.

A la percussion, on constate à la région précordiale une matité plus étendue que normalement. Le cœur paraît hypertrophié dans toutes ses dimensions, mais beaucoup plus à gauche, relativement.

A l'auscultation : bruit de souffle au deuxième temps, ayant son maximum à la pointe, mais s'étendant à toute l'étendue du cœur ; — bruit de souffle au premier temps ayant son maximum à la base, et surtout de la crosse de l'aorte, se propageant dans tous les gros vaisseaux, isochrone aux battements du pouls. Ce bruit de souffle ne s'entend pas à la pointe.

Ces deux bruits donnent à l'oreille appliquée à la base du cœur la sensation d'un mouvement d'expiration (premier temps et plus fort), suivi d'un mouvement d'inspiration (deuxième

temps). Œdème des membres abdominaux et thoraciques, hydropisie ascite.

Mort le 4 juin.

Autopsie. — Le péricarde est épaissi, opaque, adhérent aux parois thoraciques.

Le cœur est considérablement hypertrophié. Il est au moins le double d'un cœur normal. Les fibres musculaires sont très rouges, les artères coronaires dilatées. L'aorte est également le siège d'une grande dilatation avec épaississement considérable de ses parois.

La surface externe du cœur présente quelques plaques laiteuses, d'une forme indéfinie, ne s'enlevant pas par un filet d'eau et paraissant de récente formation.

Les cavités du cœur sont notablement dilatées; les colonnes charnues des deux cœurs sont hypertrophiées, mais l'hypertrophie porte principalement sur le cœur gauche.

Les orifices auriculo-ventriculaires droit et gauche ont suivi la dilatation des ventricules. Les valvules mitrale et tricuspide n'offrent pas trace d'altération organique, elles sont seulement hypertrophiées, de sorte qu'il n'y a ni insuffisance relative, ni insuffisance absolue.

La crosse de l'aorte est dilatée, ses parois sont hypertrophiées. Sa surface interne présente une coloration bleue marbrée qui, bien que ne se détachant pas sous un filet d'eau, pourrait bien n'être que le résultat d'une imbibition cadavérique. En outre, cette surface interne présente, dans une partie de son étendue, une couche de substance crétacée, jaunâtre en certains points, blanchâtre en d'autres, et ayant à peu près un millimètre d'épaisseur.

Si l'on met de l'eau dans le vaisseau, elle y séjourne et ne tombe pas dans le ventricule.

Les valvules sigmoïdes sont parfaitement saines.

Extrait du rapport de M. Marcé, interne des hôpitaux.

Si nous cherchons dans cette observation à comparer les lésions anatomiques aux symptômes observés, nous voyons que le bruit de souffle au premier temps ayant son maximum à la base du cœur et se propageant le long des gros vaisseaux, s'explique parfaitement par la présence des plaques osseuses qui tapissaient

la face interne de l'aorte. L'ondée sanguine au moment de la systole du cœur venait se frotter contre ces aspérités. Le bruit de souffle au deuxième temps ayant son maximum à la pointe est loin d'être un fait aussi simple, car nous n'avons à l'autopsie ni rétrécissement organique de l'orifice auriculo-ventriculaire gauche, ni même un rétrécissement relatif, comme ceux que M. Beau a indiqués, et dans lesquels l'orifice garde ses proportions normales pendant que toutes les cavités du cœur augmentent d'amplitude.

Reste l'insuffisance des valvules sigmoïdes que des faits plus nombreux et mieux observés semblent indiquer comme la cause unique des bruits de souffle au second temps. Ici l'observateur ne l'a pas constatée, mais a-t-il eu recours à tous les modes d'exploration usités en pareil cas ? Il a versé de l'eau dans l'aorte, mais il n'a pas exercé sur le liquide ainsi renfermé les pressions à l'aide de la main que recommande M. Beau, et qui sont destinées, autant que possible, à suppléer à la pression exercée par la colonne sanguine à l'état physiologique. On a vu se révéler de cette manière des insuffisances aortiques qui avaient échappé aux autres investigations.

Si, à cela, j'ajoute que la dilatation de l'aorte est elle-même une cause d'insuffisance, que nous avons ici cet état bondissant du pouls signalé par Corrigan, je crois pouvoir conclure que l'existence du souffle au deuxième temps n'offre ici rien d'anormal, et que nous avons affaire à une dilatation avec plaques osseuses de l'aorte, compliquée d'insuffisance des valvules sigmoïdes.

OBSERVATION.

Goutte, maladie des reins. — Par M. Chairou, interne des hôpitaux.

Homme de haute taille, cinquante-sept ans, tempérament sec et nerveux ; ancien officier et ayant reçu, par conséquent, une certaine éducation.

Il est sujet à de fréquents accès de goutte depuis une époque qu'il ne peut fixer, mais qu'il fait remonter au moins à dix ans. Il eut autrefois la blennorrhagie et la syphilis. Chancres, bubons, syphilides, plaques muqueuses, douleurs ostéocopes, rien

ne manqua. Il fut traité à diverses reprises par MM. Devergie et Ricord.

4 mai. Il entre aujourd'hui à l'infirmérie des Incurables (hommes) pour un nouvel accès de goutte siégeant dans l'articulation du poignet. Cette articulation est, en effet, le siège d'un gonflement considérable, auquel participe, du reste, toute la main. Les deux mains paraissent affectées à un égal degré.

Douleurs atroces. Le moindre contact, même celui des draps sur les parties tuméfiées, fait pousser des cris aigus au malade.

Les deux mains, indépendamment de la rougeur, de la tuméfaction et de la chaleur dont elles sont le siège, offrent une forme assez bizarre. Les doigts sont légèrement fléchis et très fortement portés vers le bord cubital du bras.

Chaque main forme la griffe. Cette affection est due bien évidemment à la rétraction des muscles adducteurs, mais le malade ne peut donner aucun détail satisfaisant sur la cause première. Il la fait précéder un peu les premières attaques de goutte.

Céphalalgie frontale très vive.

La langue est rouge et effilée. Constipation.

Le pouls est à 78 pulsations. Il donne la sensation d'un cordon dur et plein.

La respiration est nette.

La sécrétion des urines est peu abondante. Le malade affirme avoir rendu autrefois, et à des époques différentes, coïncidant avec les attaques de goutte, de petits graviers.

Aujourd'hui, il n'accuse aucune douleur, soit dans les lombes, soit dans les bourses, soit dans le gland, et, malgré cela, l'urine offre des altérations notables. Elle est très rouge et comme sanguinolente. Cependant, l'acide nitrique n'y détermine aucun précipité. Les tentatives, renouvelées à différentes époques de la maladie, ont constamment donné des résultats négatifs. Elle rougit le papier de tournesol.

L'analyse chimique et microscopique n'a pas été faite.

L'accès de goutte guérit, mais l'urine conserve constamment les caractères précédemment mentionnés.

Quelque temps après, ce malade ayant montré quelques signes de tendance à la congestion, on lui administra du calomel. Une

salivation mercurielle, puis une pharyngite des plus intenses se déclarèrent et ne tardèrent pas à enlever le malade.

Autopsie. — Le 1^{er} juin à dix heures du matin, seize heures après la mort.

Crâne. — Rien de spécial.

Tube digestif. — Lèvres décolorées ; les gencives sont blanches, la langue à un volume considérable, les papilles et la muqueuse tout entière sont hypertrophiées.

Le pharynx est couvert d'une couche de pus verdâtre, infect, consistant, de l'épaisseur d'un millimètre environ. Ce pus est parfaitement limité au pharynx. Les piliers, les amygdales, le tube aérien, l'épiglotte et les replis glosso-épiglottiques n'en offrent pas trace.

Enlevé par un filet d'eau, ce pus laisse à découvert la muqueuse. Celle-ci est en partie décolorée, en partie couverte d'une injection considérable. Son épaisseur est notablement augmentée ; par la pression, on en fait suinter un pus qui a les mêmes caractères que celui qui la couvrait.

A l'ouverture de l'abdomen, on trouve le grand épiploon, les différents replis du péritoine, la surface externe du péritoine, couverts d'une quantité considérable de petites taches noires de la grosseur d'un petit pois environ. Les taches paraissent dues au suintement de milliers de petites gouttelettes de sang.

Organes génito-urinaires. — Les reins sont très adhérents à leur capsule adipeuse ; il est difficile de les en détacher.

Ils sont considérablement atrophiés, ne présentent guère que la moitié de leur volume normal. Leur surface interne offre une série de petites bosselures régulièrement arrondies. Ce sont autant de petits kystes isolés les uns des autres. Ces kystes sont formés par l'épanchement d'un liquide un peu consistant, jaunâtre et semblable à l'urine, entre la substance corticale qu'il refoule et la capsule fibreuse qu'il soulève.

Le rein lui-même est plus rouge, plus friable que normalement. Les mamelons présentent des ulcérations en quelques endroits. Les uretères, dans leur moitié inférieure, sont dilatés et épaissis, lésions qui paraissent dues à des inflammations anciennes.

La capsule fibreuse est extrêmement épaisse et adhérente à

la substance corticale. On ne peut l'en détacher sans arracher en même temps des portions de la substance propre du rein. Il y a là des signes évidents de périnéphrite.

La vessie est petite, à colonnes. Ses parois sont hypertrophiées.

Extrait du rapport de M. Marcé, interne des hôpitaux.

Le malade offrait cette coïncidence remarquable de la gravelle et de la goutte sur laquelle a tant insisté M. Rayer.

Selon lui, 99 fois sur 100, il se formerait dans l'urine des gouteux des concrétions d'acide urique.

Ici, quoique les antécédents n'aient jamais dénoté de troubles notables du côté des reins, sauf un dépôt sédimenteux de l'urine, probablement formé d'acide urique, l'autopsie a révélé des traces de périnéphrite, des kystes dans la substance corticale, des ulcérations de la membrane interne des calices, nouvel exemple de la lenteur et de la marche insidieuse des affections chroniques des reins.

Je crois devoir appeler plus spécialement l'attention sur cette stomatite et cette pharyngite mercurielle occasionnées par l'ingestion de 60 centigrammes de calomel. L'inflammation a été assez intense pour que la muqueuse ait été trouvée recouverte d'une couche épaisse de pus, phénomène rare dans les cas de ce genre, et qui fait comprendre sans peine comment le malade a succombé à cette affection intercurrente.

M. Duclos rappelle, à cette occasion, que, dans le liquide d'un kyste du rein qui n'offrait aucune trace de communication avec les canaux urinifères, et qui ne présentait aucune odeur, M. Chatin a trouvé de l'acide urique.

M. Lorain demande à M. Chairou s'il a remarqué que les accès de goutte coïncidassent avec des troubles dans les urines.

M. Chairou dit qu'à plusieurs reprises, avant ou après un accès de goutte, on a trouvé dans les urines de la gravelle. Il ajoute qu'il existait des dépôts tophacés autour des articulations.

Pour M. Caudmont, les kystes qu'on voit sur les reins n'ont rien de commun avec l'altération de ces organes. On les trouve tantôt lorsqu'il y a eu des symptômes morbides du côté des or-

ganes génito-urinaires, tantôt quand il n'y a rien eu de ce côté. — Pour ce qui est de l'acide urique, tantôt on le rencontre, tantôt il n'existe pas dans ces kystes. — Mais ce qui frappe, c'est l'état des uretères. Ces deux conduits sont élargis à leur partie inférieure, et l'on serait tenté d'admettre qu'il y a eu du côté des reins quelque altération, quelque pyélite dont il ne reste pas de trace aujourd'hui.

La goutte détermine-t-elle une affection des reins ? Quand on songe que chez les gouteux l'urine est acide, tellement acide, que les malades peuvent à peine en garder quelques cuillerées dans la vessie ; on comprend que, sous cette influence, les reins puissent souffrir aussi. — M. Caudmont a été appelé à soigner, il y a quelques années, un ancien préfet, M. B..., qui était pris de rétention d'urine toutes les fois qu'il y avait plus d'une cuillerée de liquide dans la vessie. Chez ce malade, qui était sous l'influence d'une diathèse gouteuse, l'urine était fortement acide.

Enfin, chez les graveleux, il y a souvent dans l'urine beaucoup d'acide urique et aussi une matière colorante qui lui donne une coloration rouge, qui, jusqu'à un certain point, peut faire songer à une hématurie. Cette donnée nous expliquerait pourquoi l'on n'a pas trouvé d'albumine dans l'urine, à aucune époque, alors même que l'on pensait avoir affaire à une hématurie.

OBSERVATION.

Kyste de l'ovaire multiloculaire renfermant du liquide gélatiniforme. —
Par M. Bailly, interne des hôpitaux.

Clémentine B..., âgée de dix-huit ans, giletière, est entrée dans le service chirurgical de l'hôpital Necker, le 4 mars 1854. Cette jeune fille, d'un tempérament lymphatique, n'a jamais été réglée et n'a jamais fait de maladies graves. Il y a trois ans environ, elle s'est aperçue pour la première fois de l'existence d'une tumeur située dans la fosse iliaque du côté gauche. Cette tumeur augmenta progressivement de volume sans donner lieu à de vives douleurs et sans porter atteinte à la santé générale. Lors de l'entrée de cette malade à l'hôpital Necker, le ventre était développé considérablement et d'une manière égale ; la fluctuation était de

toute évidence. Il s'agissait, à n'en pas douter, d'une hydropisie enkystée de l'ovaire.

Une ponction pratiquée dans le flanc gauche donna issue à deux litres d'un liquide transparent d'aspect gélatineux, assez analogue à une solution épaisse de gomme. Un aide placé à droite de la malade exerçait une compression continue sur le ventre et facilitait la sortie du liquide.

Le ventre, après l'opération, resta volumineux. Par la palpation, on sentait, à travers la paroi abdominale, des bosselures, des duretés, surtout à droite de l'ombilic. Ces inégalités furent regardées par M. Lenoir comme indiquant l'existence d'un grand nombre de loges. Pour ce motif, ce chirurgien ne crut pas devoir pratiquer des ponctions multiples et s'abstint d'injecter du liquide irritant dans la poche dont il avait évacué le contenu. Aucun accident sérieux ne se déclara pendant les jours qui suivirent la ponction. Un instant le ventre devint douloureux, mais ces douleurs se calmèrent promptement, et, le 21 mars, la malade quitta l'hôpital, sans que sa santé présentât aucune altération notable.

Le 26 avril 1854, un mois et demi, par conséquent, après sa première admission, cette malade rentra à l'hôpital Necker dans le service de M. Natalis Guillot, avec des symptômes de cholérine : le pouls petit, les yeux excavés, la langue froide, la voix éteinte et une diarrhée très intense, qui céda en trois jours à un traitement par les narcotiques et les bains. Au bout de huit jours, la malade paraissait guérie. Voici, à cette époque, quel était l'état de l'abdomen : Le ventre est très développé ; on trouve de la matité sur toute son étendue, excepté dans la région épigastrique. Il n'y a pas de développement des veines superficielles.

À la palpation, on sent une tumeur fluctuante avec des bosselures et des duretés existant, comme nous l'avons dit, à droite de l'ombilic. Au toucher, l'utérus est mobile et a une direction normale ; dans les culs-de-sac latéraux on ne sent rien qui paraisse lié à la tumeur intérieure.

Le 7 mai. La malade ressent une douleur vive dans le flanc gauche et l'hypochondre du même côté, à partir du revers des fausses côtes. Le pouls devient petit, les yeux s'excavent, la face pâlit ; la malade a des hoquets, des vomissements bilieux. Trois

applications successives de sangsues, au nombre de 15 chaque fois, des cataplasmes émollients arrosés de laudanum, produisirent une amélioration sensible.

Le 15 mai. L'état semble s'aggraver ; la face prend une teinte, terreuse ; les vomissements reparaissent, la malade a du délire, et meurt le 16 mai, à deux heures du matin.

A l'autopsie, on constate une péritonite générale avec fausses membranes sur la plupart des viscères abdominaux. La cavité abdominale renferme un litre environ de liquide gélatineux semblable à celui qui, deux mois avant, avait été extrait par la ponction. Des adhérences étendues unissaient la partie antérieure du kyste à la paroi abdominale, en sorte qu'il n'a pas été possible de reconnaître le siège précis de l'ouverture artificielle. La perforation spontanée avait lieu à la partie postérieure du kyste, ainsi que l'a constaté la personne chargée de l'autopsie.

Extraite de l'abdomen, la tumeur présente deux fois environ le volume de la tête d'un homme adulte. Elle se trouve formée par la réunion d'un grand nombre de kystes de différentes grandeurs, contenant tous sans exception la matière glaireuse transparente dont il a été question. La loge principale, celle que le chirurgien de Necker avait ponctionnée, offre des signes non douteux d'inflammation : rougeur foncée dans toute l'étendue de sa face interne ; ecchymoses et points sphacéliques de ses parois. A la périphérie de la tumeur et dans les intervalles des kystes existent des masses dures, constituées par du tissu fibreux aréolaire, dont les vacuoles renferment le même liquide gélatineux.

L'utérus et l'autre ovaire sont sains : ce dernier organe, peu développé, est parfaitement lisse à sa surface. On n'y remarque point de corps jaunes, circonstance en rapport avec l'absence complète des règles, que nous avons déjà mentionnée.

OBSERVATION.

Dilatation énorme et totale du cœur, sans hypertrophie des parois et sans lésions des orifices et des valvules autres qu'un agrandissement considérable des cavités, des orifices et des valvules (anévrisme passif de Corvisart).
— Par M. DUCLOS, interne des hôpitaux.

SOMMAIRE. — Pendant la vie: cyanose des extrémités, des lèvres et des pommettes; refroidissement général, dyspnée très intense, œdème des mem-

bres inférieurs, insensibilité et faiblesse considérable du pouls; dilatation énorme des veines jugulaires, surtout du côté droit; battements du cœur tumultueux, superficiels, s'entendant jusque sous le mamelon droit, sans aucune espèce de bruit de souffle (1).

Le nommé H..., âgé de quarante et un ans, brasseur, né en Belgique, entra le 16 mai 1854 à Beaujon, salle Saint-Louis, n° 14, service de M. Barth, remplacé par M. Racle.

C'est un homme d'une taille athlétique, de forte constitution, bien musclé, aux cheveux très noirs et très abondants; mais dont le corps a considérablement maigri depuis deux ans.

Ce malade a eu des douleurs rhumatismales à dix-sept ans, à vingt-sept ans et à trente-sept ans, douleurs accompagnées chaque fois de troubles du côté du cœur.

Depuis deux ans, il est survenu des étouffements beaucoup plus considérables que par le passé, des palpitations, de l'œdème, aux membres inférieurs, de la cyanose des extrémités, des lèvres et des pommettes, qui existent au moment de l'entrée du malade à l'hôpital.

Ces accidents ont été si prononcés par moments, que le malade a été forcé de quitter ses travaux, et qu'il a été reçu dans divers hôpitaux, et notamment à la Charité, où on lui fit plusieurs saignées qui l'ont soulagé.

Enfin, à son entrée dans le service, depuis cinq ou six jours, sans cause connue, le malade avait été repris d'une dyspnée, d'une orthopnée beaucoup plus prononcée, d'étouffements, de palpitations continuelles, au point qu'il ne pouvait plus respirer que debout ou assis sur une chaise; l'œdème des membres inférieurs avait augmenté considérablement; les pommettes, les lèvres, les mains, les pieds, étaient devenus rouges lie de vin, violacés; la chaleur animale s'était progressivement abaissée, surtout au nez, aux mains et aux pieds.

Le 16 mai. A la visite du matin, on constata les symptômes précédents.

On nota en outre: 1° un gonflement énorme des veines jugu-

(1) Peu d'exemples dans la science: un dans Bertin, deux dans Corvisart. Louis n'en a pas vu. (*Dict.* en 80 vol.)

(Note de l'auteur.)

lares, surtout du côté droit pendant les efforts de toux et les grandes inspirations : la veine jugulaire interne droite, dans ces moments, avait près de trois travers de doigt de largeur ; la jugulaire externe droite présentait des dilatations variqueuses, et M. Racle y sentit le pouls veineux ; 2° une orthopnée si considérable jour et nuit, que, depuis six nuits, le malade n'a pu se coucher ; des étouffements continuels ; 3° les mains, les pieds, les pommettes, les lèvres, sont bleu violacé, très froids ; 4° le pouls, extrêmement petit et misérable, est presque insensible aux deux radiales ; 5° à la région précordiale, il n'y a pas de voussure ; les battements du cœur sont très superficiels, très près de l'oreille, tumultueux, s'entendant très bien derrière les deux mamelons et dans une grande étendue de la poitrine ; ils sont irréguliers : on en entend d'abord quatre de suite, puis après un léger temps d'arrêt, on en entend trois autres consécutifs ; mais il n'y a de souffle nulle part, ni derrière le mamelon gauche, ni à un pouce au-dessus de ce mamelon, et à l'origine de l'aorte ; 6° expression de grande souffrance peinte sur le visage, anxiété, plaintes continuelles ; 7° les urines de ce matin sont rouge orangé.

Une saignée de deux palettes (que le malade réclame avec instance), 3 granules de digitaline ; tisane, orge, chiendent, nitre, diète.

Les 17, 18, 19, 20. Même état ; extrémités très froides et cyanosées ; pommettes, lèvres bleues, nez très froid, pouls insensible ; sueur froide sur tout le corps.

3 granules de digitaline. Diète.

Le 21. Le malade meurt à deux heures du matin dans le même état.

L'anxiété précordiale, l'orthopnée, le froid, la coloration bleu violacé des extrémités ont été en augmentant progressivement jusqu'au moment de la mort.

Autopsie. — Le 22 mai, à neuf heures du matin, trente et une heures après la mort.

La putréfaction cadavérique est déjà commencée, comme le montrent des larves nombreuses déposées autour des orifices naturels. — On n'a examiné que l'état du cœur.

Le cœur, énorme, occupe une place considérable dans la poi-

trine : sa base dépasse le sternum à droite, et commence à un plan antéro-postérieur qui passerait par le mamelon droit, tandis que sa pointe s'enfonce profondément dans le côté gauche de la poitrine, et la main le suit jusqu'à quelques travers de doigt de la colonne vertébrale. Les deux poumons, surtout le gauche, sont ratatinés ; ce dernier adhère aux côtes par un grand nombre de brides fibreuses, traces d'anciennes pleurésies.

La péricarde contient environ un quart de verre de sérosité transparente citrine.

§ I. VOLUME DU CŒUR. — 1° *Face antérieure.* *a.* Le diamètre transverse, mesuré au sillon auriculo-ventriculaire, présente 19 centimètres.

b. Le diamètre vertical, mesuré de la pointe au même sillon sur la ligne médiane, offre 18 centimètres.

2° *Face postérieure.* *a.* Le diamètre transverse, mesuré au sillon auriculo-ventriculaire, a 18 centimètres.

b. Le diamètre vertical, mesuré de la pointe au même sillon sur la ligne médiane, a seulement 16 centimètres.

3° *Bords.* Le bord droit, mesuré en avant, de la pointe au sommet de l'oreillette droite, a 22 centimètres, tandis que le bord gauche n'avait de la pointe au sommet de l'oreillette gauche que 20 centimètres.

4° *La circonférence,* mesurée au niveau du sillon auriculo-ventriculaire, offrait 36 centimètres.

§ II. ÉPAISSEUR TOTALE DE L'ORGANE. — Nous ne la donnons qu'approximativement. Le cœur reposant sur une table par sa face postérieure, on fit passer un plan par la face antérieure de l'organe, et l'on vit que ce plan antérieur s'éloignait de la table de 6 centimètres. Alors le cœur n'était pas ouvert et renfermait d'abondants caillots noirs.

§ III. POIDS. — Nous ne donnons qu'un poids approximatif, parce que, comme on avait conservé tous les vaisseaux qui partent du cœur ou s'y rendent, avec la trachée, il a fallu soutenir tous les organes étrangers au cœur, pendant que celui-ci, vidé de ses caillots, reposait seul dans la balance... Alors on trouva que l'organe pesait 750 grammes.

§ IV. CAVITÉS. — Les quatre cavités étaient énormément dilatées, surtout les droites.

- a. *L'oreillette droite* peut loger le poing.
- b. *L'orifice auriculo-ventriculaire droit* permet d'introduire cinq doigts de front jusqu'aux articulations métacarpo-phalangiennes, et ses valves très allongées sont à l'état normal.
- c. *L'orifice de l'artère pulmonaire*, également très dilaté, permet d'introduire deux doigts de front, mais seulement jusqu'aux articulations des phalanges avec les phalanges. Les valves allongées sont à l'état normal (1).
- d. *L'oreillette gauche*, un peu moins dilatée que la droite, contient seulement quatre doigts pliés.
- e. *L'orifice auriculo-ventriculaire gauche* permet l'introduction de quatre doigts, seulement jusqu'à l'union des phalanges avec les phalanges.
- f. *L'orifice aortique* permet l'introduction de trois doigts jusqu'à la même profondeur. Les valves sigmoïdes et mitrales sont à l'état normal. Ça et là, on y voit seulement de petits dépôts en plaques blanchâtres, superficielles, s'enlevant facilement en grattant, plaques qui ont paru à M. Racle des traces d'endocardite.

Ces cavités, les gauches comme les droites, étaient remplies, distendues par de gros caillots noirâtres, dont quelques-uns s'étendent dans les gros vaisseaux qui partent du cœur « veines et artères. » Il y a un caillot organisé, fibrineux, qui occupe toute la crosse de l'aorte.

g. *Vaisseaux*. L'aorte et l'artère pulmonaire ont leur volume normal; ces vaisseaux ne paraissent dilatés qu'à leur origine.

Les veines qui partent de l'oreillette droite sont énormément dilatées.

La veine jugulaire droite externe l'est à tel point, que l'on peut y introduire trois doigts de front. On comprend que quelques auteurs aient comparé ce vaisseau, dans quelques circonstances, à l'intestin grêle.

h. *Trou oval*. Le trou oval, recouvert par une cloison très mince qui paraît distendue comme toutes les cavités, présente un canal de communication très oblique entre les deux oreil-

(1) On sait que, dans la cyanose, on trouve toujours cet orifice rétréci.

(Note de l'auteur.)

lettes. Ce canal est également dilaté, et l'on a pu y faire passer facilement un crayon ordinaire. Par ce conduit y avait-il mélange des deux sangs pendant la vie, phénomène qui expliquerait la cyanose des extrémités ? M. Racle ne le pense pas, en raison de l'obliquité si grande de ce canal qui a ici presque 3 centimètres d'étendue.

§ V. ÉPAISSEUR DES PAROIS. — D'une manière générale, les parois paraissent avoir le volume qu'elles ont ordinairement. Elles sont flasques, d'un rouge foncé, peut-être sont-elles plus friables et se déchirent-elles plus facilement qu'à l'état normal ? Elles sont à l'extérieur recouvertes çà et là de tissu graisseux, surtout abondant à l'origine des gros vaisseaux et vers la base du cœur. Audessous de la bifurcation de la trachée, on voit de nombreux ganglions lymphatiques, noirs, ramollis, remplis d'une boue noire ressemblant à de l'encre.

Les *parois du ventricule gauche* ont 1 1/2 centimètre, près de la cloison. Elles sont dures, comme fibreuses, et crient sous le scalpel.

Celles du ventricule droit ont à peine 1/2 centimètre d'épaisseur.

Celles de l'oreillette gauche ont à peine le tiers de 1 centimètre d'épaisseur.

Celles de l'oreillette droite ont également à peine le tiers de 1 centimètre d'épaisseur.

Les *colonnes charnues des ventricules* sont énormes et plus distancées les unes des autres que dans l'état normal.

Nous n'avons pu voir si les valvules étaient insuffisantes.

RÉFLEXIONS. — 1° Dans ce fait, on notera : l'*absence de lésion valvulaire* osseuse ou cartilagineuse, coïncidant avec l'absence de souffle pendant la vie.

2° Le *gonflement des jugulaires*, donné comme signe de dilatation des cavités droites, mais que les auteurs modernes rattachent plus spécialement aux rétrécissements auriculo-ventriculaires.

3° L'*insensibilité du poulx*, l'étendue des battements du cœur, sans souffle jusque sous le mamelon droit, coïncidant avec la dilatation et pouvant servir de signes diagnostiques, la cyanose coïncidant avec la dilatation du trou Botal.

4° La digitale, en ralentissant la circulation, est-elle utile

ou nuisible dans ces espèces de dilatations passives du cœur ? C'est une question sur laquelle l'expérience n'a pas encore prononcé.

5° La dilatation n'était pas ici le fait de l'agonie, car (le signe de Laënnec) vidées de sang, les cavités ne revenaient pas sur elles-mêmes.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

XXIX^e ANNÉE.

Bulletin N^o 6. — Juin 1854.

RÉDIGÉ

PAR LE DOCTEUR BAUCHET, SECRÉTAIRE.

SOMMAIRE.

Ex trait des procès-verbaux des séances de la Société.

1. Cancer du foie. — 2. Testicule tuberculeux. — 3. Rétrécissement de l'urètre. — 4. Absès par congestion. — 5. Exemple d'arthrite sèche (genou). — 6. Valvules dans l'urètre. — 7. Cicatrices des nègres. — 8. Varice de la saphène interne. — 9. Eschare gangréneuse du poulmon. — Ulcération du colon. — 10. Cancer du maxillaire supérieur. — 11. Dilatation de l'aorte rompue dans le poulmon.

OBSERVATIONS. — Maladie de Bright, avec des phénomènes comateux et absence d'œdème, par M. D'Ornellas, D. M. P. — Rapport de M. le docteur Chacot. — Affection cardiaque; rétrécissement de l'orifice mitral; anomalie des valvules pulmonaires, etc., par M. Boscredon. — Extrait du rapport de M. L. Blin. — Rétrécissement de l'urètre, par M. Guyot. — Trois observations : 1^o Blessure de l'artère radiale; — 2^o Hématocèle scrotale; — 3^o Exostose sous-ungéale, par le docteur Bauchet.

PRÉSIDENCE DE M. CRAUVILHIER.

1. *M. Genouville* montre un exemple remarquable de *cancer de foie*.

Le malade, âgé de trente-huit ans, est entré, dans le service de M. Trousseau, au mois de mars, avec des douleurs épigastriques très vives et des vomissements. Les vomissements cessè-

rent au commencement du mois de mars pour reparaitre plus tard. Bientôt un épanchement se fit dans l'abdomen. Cet épanchement augmenta assez rapidement. On constata alors, comme du reste à l'entrée du malade à l'hôpital, un foie assez volumineux, irrégulier, descendant assez bas au-dessous du rebord des fausses côtes, mais surtout remontant assez loin en refoulant le diaphragme, avec des bosselures manifestes et nombreuses. Le 19 mai, les vomissements reviennent, mais cette fois ils sont au moins semblables à ceux qui accompagnent le cancer de l'estomac. Le malade meurt.

Autopsie. — Ascite péritonéale. Le foie refoule en haut le diaphragme et le poumon. Il est criblé, farci de tumeurs multiples, de volume variable, les unes de la grosseur d'un œuf de poule, d'autres à peine comme une noisette. Par places, elles sont tellement confluentes, qu'elles forment comme une seule masse; ailleurs, elles sont plus distinctes et séparées par le tissu du foie. Toutes les tumeurs sont formées de tissu encéphaloïde.

Un cancer existe aussi au pylore, sans adhérences, sans continuité avec la masse cancéreuse du foie. Ce cancer est assez considérable, et c'est à peine si le petit doigt peut franchir le pylore.

Pas de traces de cancer ailleurs qu'au foie et à l'estomac, excepté cependant dans quelques ganglions mésentériques.

Jamais ce malade n'a eu d'ictère. Sans être unique dans la science, ce fait n'est pas très fréquent. Je crois qu'on peut rapprocher de ce fait, ajoute M. Genouville, une pièce apportée à la Société par M. Contour: c'étaient aussi des tumeurs cancéreuses multiples, mais qui avaient leur siège dans le cerveau. Jamais le malade n'avait eu de troubles intellectuels ou de pertes de connaissance.

Le diagnostic porté par M. Trousseau avait été: cancer du foie. Il s'était appuyé sur le volume du foie, sur ses bosselures, sur l'âge du sujet, et sur une teinte cuivrée de la peau, particulière à la cachexie cancéreuse.

L'autopsie est venue démontrer que le diagnostic était juste.

Les vomissements noirs sont arrivés bien tard, avec une semblable lésion, avec un semblable cancer. C'est encore un point bon à noter.

2. *M. Denucé* présente un fait des plus curieux de *testicule tuberculeux*.

M. Michon a enlevé, il y a deux jours, un *testicule* à un jeune homme de vingt-deux ans.

Le malade s'était aperçu, il y a un an, qu'il existait une grosseur au testicule. Cette grosseur avait promptement pris toute la glande, et avait augmenté petit à petit. Elle a dans ce moment le volume d'un gros œuf. La tumeur s'était ramollie sur un point, et s'était ulcérée. Par cette ulcération avait coulé une certaine quantité de pus, et puis des phénomènes curieux s'étaient produits. D'abord par l'ulcération était sorti, en s'étalant à l'extérieur, un véritable champignon de fongosités, ressemblant à ces champignons si connus de matière encéphaloïde. Ensuite, à deux reprises différentes, ce champignon avait donné lieu à une hémorrhagie rebelle. La seconde avait eu lieu, la veille de l'opération, dans le cabinet même de *M. Michon*, et l'on avait eu beaucoup de peine à l'arrêter. *M. Michon* pensa qu'il avait affaire à une tumeur encéphaloïde du testicule. Cependant il faisait quelques réserves, en se fondant sur l'âge, l'état du malade, sur le début de la maladie, sur son siège au moment où elle s'était déclarée, et sur cette ulcération, qui d'abord avait donné lieu à de la suppuration.

Heureusement, ce testicule n'était pas de nature encéphaloïde.

À la coupe, continue *M. Denucé*, on a trouvé dans toute l'épaisseur du testicule une trentaine de noyaux, les uns gros comme un pois, les autres comme le bout du petit doigt, parfaitement distincts les uns des autres, nettement limités, nettement séparés.

Cette forme de tubercules rappelle tout de suite celle que l'on observe dans les reins, dans l'épididyme, et sur laquelle *MM. Broca* et *Verneuil* ont spécialement appelé l'attention dans ces derniers temps. Ce sont des noyaux tuberculeux se développant sur la muqueuse, dans des cavités, dans des conduits.

Ici, bien évidemment, ce sont des amas tuberculeux qui ont leur siège dans les conduits séminifères, très dilatés pour les recevoir.

Il n'y a pas trace de tissu encéphaloïde.

3. *M. Caudmont*, au nom de *M. Anstiaux*, montre une pièce relative aux rétrécissements du canal de l'urètre. Le malade qui portait ce rétrécissement a été traité dans le service de *M. Piorry*; le cathétérisme était très difficile, le rétrécissement

siégeant sous l'arcade du pubis. J'ai incisé, dit M. Caudmont, le canal dans toute sa longueur; la muqueuse n'est pas altérée. Au niveau du rétrécissement, on l'incise, elle glisse facilement sur les tissus sous-jacents; mais on arrive sur un tissu fibreux, dur, résistant, criant sous le scalpel: c'est là le vrai rétrécissement. Plus loin, vers la fosse naviculaire, existe un autre rétrécissement: ici encore la muqueuse est saine, et c'est sous la muqueuse que nous retrouvons le même tissu fibreux.

On a dit trop généralement que les rétrécissements du canal de l'urètre tiennent à une altération de la muqueuse; c'est une opinion que je n'admets pas, et cette pièce prouve que le rétrécissement tenait à une transformation, en tissu fibreux, du tissu sous-muqueux.

Suivant M. Depaul, on voit bien que le rétrécissement siège sous la muqueuse, et que la muqueuse est saine; mais on ne pourrait pas en conclure d'une manière générale qu'il en est toujours ainsi. Il faudrait un plus grand nombre de faits rigoureusement observés.

M. Caudmont demande seulement que ce fait soit consigné dans nos Bulletins.

4. M. Blain des Cormiers complète la présentation de M. Caudmont, en montrant des pièces qui proviennent du même malade. C'était un étudiant en droit, mort de paraplégie dans le service de M. Piorry. Ce jeune homme a déjà été soigné à l'hôpital Saint-Antoine par M. Bourdon. M. Bourdon avait reconnu au sommet des poumons de petites cavernes, et avait soumis le malade à l'usage de l'huile de foie de morue. A l'autopsie, il a trouvé des tubercules crus au sommet des deux poumons, et, dans l'un d'eux, une petite caverne tapissée d'une fausse membrane granuleuse. Cette caverne était-elle en voie de cicatrisation? C'est une question que l'on ne peut résoudre par l'inspection des pièces.

Dans la région lombaire, on voit un abcès par congestion déjà assez bien rempli et plus gros que le poing.

A l'extrémité du sacrum est un dépôt purulent ou tuberculeux. C'est là sans contredit un type de cette altération que M. Nélaton a si bien décrite sous le nom de *tubercules enkystés* des os. Est-ce du tubercule? est-ce du pus? Il faudra que le microscope vienne éclaircir le fait, car chacun sait que mainte-

nant on trouve bien plus souvent du pus dans les foyers semblables à celui-ci.

La moelle était saine. Mais la lésion la plus remarquable est sans contredit celle que l'on trouve sur le foie.

Ce jeune homme a eu plusieurs fois la syphilis : blennorrhagies, chancres, etc.

Le foie est d'un rouge assez luisant, *granuleux* ; son tissu est dur, se coupe difficilement, par rapport à ce qui a lieu pour les autres foies. Il a à peu près son volume normal, un peu plus petit peut-être ; sa surface est comme chagrinée. — Pour *M. Barth*, c'est le premier degré de la cirrhose ; pour d'autres personnes, c'est une altération tenant à l'infection syphilitique.

M. Cruveilhier pense aussi que c'est le premier degré de la cirrhose.

5. *M. Guyot* présente une pièce sur laquelle il ne peut donner aucun renseignement ; il l'a trouvée en faisant l'autopsie d'une femme âgée de quatre-vingt-trois ans, morte des *accidents d'une vaste brûlure au pied*, avec une eschare au sacrum. Le genou du cadavre était roide, comme ankylosé : c'est ce qui frappa *M. Guyot*. Il enleva le genou et put constater :

1° Que la rotule est soudée au tibia, à l'extrémité antéro-supérieure de cet os, au niveau du ligament rotulien. En voulant ouvrir l'article, *M. Guyot* a brisé les adhérences, et l'on a pu voir alors que la rotule était avec son volume à peu près normal, et soudée au tibia par son extrémité inférieure, au moyen d'un tissu osseux de nouvelle formation. Les cartilages diarthrodiaux sont presque en totalité éliminés ; les extrémités osseuses sont comme éburnées. Les surfaces osseuses sont élargies, et au pourtour on voit de véritables végétations de production nouvelle. En arrière existe un corps étranger, libre, mais renfermé dans l'épaisseur du ligament articulaire. Les mouvements sont très bornés ; depuis la rupture des adhérences de la rotule, ils le sont moins. Rien dans l'autre genou.

En considérant ces altérations, leur forme, leur aspect et l'âge de la malade, il serait difficile de ne pas reconnaître l'arthrite sèche, d'autant plus, comme le fait remarquer *M. Huoël*, que les surfaces articulaires seules sont malades ; les os ne sont nullement altérés dans leur texture, dans leur forme, dans leur vas-

cularité. Phénomènes qu'on trouve dans la tumeur blanche commençante.

6. *M. Boulard* présente deux pièces pathologiques.

L'urètre d'un sujet très vieux apporté à l'École pratique. On voit au delà de la fosse naviculaire *deux, et peut-être trois valvules*.

M. Foucher dit qu'on trouve toujours une valvule (*valvule de Guérin*), et que souvent il en a montré deux, et même trois.

7. *M. Boulard* a recueilli, sur le cadavre d'un nègre, une main sur laquelle a été pratiquée l'*amputation dans la continuité des deux derniers doigts* (annulaire et auriculaire). La cicatrisation est parfaite, et les autres doigts jouissent de leur mobilité normale.

Il est probable que cette amputation a été faite à la suite d'un accident ; peut-être la main a-t-elle été prise dans un engrenage, car il y a plusieurs cicatrices à la face palmaire des doigts qui ont été laissés ; il en existe aussi deux sur la face dorsale de la main. — *A priori*, on serait porté à croire que les cicatrices de la face palmaire des doigts sont plus noires que le reste de la peau. Les cicatrices de la face dorsale de la main sont certainement, au contraire, avec la couleur normale des cicatrices. — Mais cette teinte des cicatrices palmaires est superficielle ; elle ne tient pas à un dépôt de pigment, mais plutôt à de la poussière.

M. Broca fait remarquer que ce fait aurait eu une bien grande importance, s'il était vrai : Dépôt de pigment dans ces tissus de cicatrice ; dépôt de pigment dans une région où il n'en existe pas normalement. On a dit que la peau ne pouvait pas se régénérer, que les cicatrices, par conséquent, n'avaient rien de la structure de la peau. On trouve bien chez elles de l'épithélium, voilà tout. Il existe cependant des observations dans lesquelles on lit qu'on a constaté dans les cicatrices autre chose que des tissus fibreux, des poils, par exemple. Mais quelles étaient ces cicatrices ? à quelle profondeur avait pénétré la destruction de la peau ? Ces observations sont insuffisantes. J'ai fait, dit *M. Broca*, quelques recherches ; je voulais étudier les cicatrices chez les nègres. Dans *Lecat*, dans *Dazille*, qui ont écrit sur la peau des nègres, il n'est rien dit de la couleur des cicatrices. J'ai interrogé des Américains, ils n'ont pas pu me répondre d'une ma-

nière précise; ils n'avaient pas assez observé. Un d'eux, toutefois, M. William, m'a affirmé que les cicatrices des brûlures, pâles d'abord, blanches, devenaient noires plus tard avec le temps. — J'ai cherché dans les amphithéâtres, j'ai examiné tous les cadavres de nègres; je n'ai pu trouver de cicatrice à étudier.

M. Marcé dit que quand un vésicatoire a suppuré chez un nègre, la peau de la cicatrice est plus blanche. Il a vu plusieurs fois ce fait. Il a aussi observé une variole confluente: la peau, après la desquamation, était plus blanche, mais il n'a pas pu suivre la malade assez longtemps pour savoir si la peau est restée blanche.

M. Boullard se souvient très bien d'avoir vu, chez des nègres, des cicatrices anciennes. Ces cicatrices étaient plus blanches que le reste de la peau.

M. Broca dit que, suivant M. William, le vésicatoire rendait la peau des nègres plus noire. Ce sujet a évidemment besoin de recherches plus attentives.

M. Blondeau a reçu, en juin 1848, un coup de feu à l'avant-bras. Or, sur la cicatrice de la plaie d'entrée de la balle, on voit quelques petits poils. Mais on sait que la balle détruit une plus ou moins grande rondelle de peau, et que, vers sa circonférence, elle mâche plutôt qu'elle n'emporte les téguments. Ce fait donc peut être consigné, mais il ne permet pas assez évidemment d'assurer qu'il peut pousser des poils de son tissu cicatriciel.

Huit jours après, *M. Broca* reprit cette discussion, et nous communiqua les faits suivants :

D'une manière générale, quand on examine la peau du nègre (et il faut se garder de prendre pour type, comme l'a fait M. Gauthier, la peau du talon, qui se rapproche, par sa structure, de celle des blancs), on trouve l'épiderme formant une couche transparente. Sous cette couche épidermique, on voit les papilles, séparées les unes des autres par des sillons. C'est dans ces sillons que se trouve le pigment répandu comme un vernis. Tous ces sillons interpapillaires forment un réseau; le pigment encadre les papilles et est disséminé sous forme de réseau. Les papilles sont plus évidentes, parce qu'elles sont cerclées de noir.

Or, j'ai examiné avec soin une grande cicatrice située à la face dorsale de la main. Les papilles, à son niveau, sont plus rapprochées, plus nombreuses, plus petites que dans la peau saine

avoisinant la cicatrice. L'étendue consacrée au réseau pigmentaire, interpapillaire, est moins considérable ; il n'y a que des points teintés de noir, c'est pourquoi la couleur des cicatrices est plus blanche.

Dans les cicatrices donc, on voit reparaitre des éléments plus complexes que ceux qu'on est habitué à regarder comme du tissu cicatriciel. De même que, dans les fractures, il se forme dans le cal du tissu osseux, de même qu'on voit les nerfs se régénérer, de même les éléments de la peau se reconstitueraient dans les cicatrices.

Y a-t-il des glandes dans ce tissu de cicatrice ? Je n'ai pas pu m'en assurer. J'ai bien vu, dans une préparation, sous le champ du microscope, une glande, mais je ne puis pas affirmer qu'elle ne fût pas située dans la peau qui touchait à la cicatrice, et qu'elle appartînt au tissu que j'étudiais.

A la face palmaire il y avait aussi des cicatrices ; j'y ai vu des granulations de pigment, mais pas de globules pigmentaires, pas de papilles. J'ajouterai que je n'avais qu'une parcelle de ce tissu.

M. Houël demande à M. Broca s'il s'est assuré que la cicatrice intéressait bien toute l'épaisseur de la peau ?

M. Broca. La cicatrice était large et assez étendue ; de plus, je rappellerai que je viens de dire que les papilles n'avaient ni le nombre, ni la forme, ni le volume des papilles de la peau saine.

Ce fait viendrait à l'appui de ce que nous avons vu dans la dernière séance, et qui nous avait tant frappé. M. Blondeau nous a montré un poil occupant le centre d'une cicatrice résultant d'une plaie par arme à feu.

N'avons-nous pas, du reste, des exemples de création nouvelle dans ces kystes où l'on trouve de la peau, des poils, etc., comme celui que l'on a trouvé dans le muscle digastrique d'un cheval, et qui renfermait des crins, et bien d'autres encore consignés dans nos bulletins ?

8. M. Foucher présente une dilatation variqueuse d'une branche anastomotique entre la saphène interne et la fémorale, à trois ou cinq travers de doigt au-dessus de l'anneau du troisième adducteur. Cette dilatation est grosse comme un petit œuf, bien limitée, bien circonscrite. La saphène au-dessus de l'anastomose est de son calibre normal ; au-dessous, elle est légèrement dilatée dans une longueur de quelques lignes seulement. Ce sac

anévrismatique (car c'est un véritable anévrisme veineux) est rempli de caillots.

9. *M. L. Blin* présente :

1° *Une eschare gangréneuse du poumon.* Il n'y avait aucune odeur gangréneuse pendant la vie, ni à l'autopsie. Cette pièce a été recueillie sur le cadavre d'un jeune enfant. La plaque gangréneuse ne communiquait pas avec l'arbre aérien.

2° *Une ulcération assez large, épaisse, occupant l'S iliaque du colon.* Au centre de cette ulcération, à bords taillés à pic, on voit un *petit pertuis*, laissant pénétrer la pointe d'une épingle.

L'enfant tuberculeux est mort d'une péritonite qui l'a enlevé rapidement.

10. *M. Lorain* montre un exemple de *cancer du maxillaire supérieur.*

Un homme de soixante ans, journalier, d'une constitution robuste, fut atteint, il y a huit mois seulement, d'une affection du maxillaire supérieur gauche qui débuta par des douleurs sourdes, profondes, se manifestant surtout pendant la mastication; au bout de deux mois, la joue gauche paraissait augmenter de volume, et la mastication était impossible du côté gauche, quelques troubles de la vision se manifestaient; le malade consulta. Plusieurs dents furent extraites sans qu'aucune amélioration résultât de cette opération, des frictions avec différentes pommades furent conseillées. Vers le quatrième mois, le mal empirait; la voûte palatine était abaissée du côté gauche, la joue était plus grosse, l'œil gauche avait presque perdu la faculté de voir et commençait à être projeté en avant. — C'est vers cette époque que le malade vint à Paris, où un honorable médecin, dont la clientèle est fort étendue, M. Thierry, cautérisa avec un fer rouge la partie alvéolaire du maxillaire supérieur gauche. Cependant la maladie continua à marcher, et huit mois après son début, elle offrait les caractères suivants :

La face est déformée à gauche; il y a un exorbitis remarquable, les paupières ne peuvent se fermer complètement; l'œil est insensible à la lumière (il n'offre aucune altération des milieux), la pupille est plus dilatée qu'à l'état normal: le malade ne distingue pas, avec cet œil, le jour d'avec la nuit. La joue est rouge, tendue, dure, ayant en volume un tiers de plus que la joue droite. Si l'on ouvre la bouche, on voit la partie gauche de

la voûte abaissée, convexe ; il en résulte une gêne notable dans l'articulation des sons et dans la déglutition. Toutes ces parties sont sensibles à la pression. Il n'y a plus de douleurs spontanées. Nulle part on ne constate un point ramolli ; il n'y a point de fongus, point de masse molle faisant saillie dans la bouche ou dans la narine gauche ; les alvéoles sont sains, car les dents incisives, les seules qui soient conservées, ne peuvent être ébranlées par les doigts. Le voile du palais est induré et a perdu sa souplesse du côté gauche ; la sensibilité cutanée est normale. La mâchoire inférieure est saine.

Le malade, entré dans le service de M. Nélaton dans les derniers jours du mois de mai, devait subir l'amputation du maxillaire malade, lorsqu'il fut atteint de choléra ; il mourut en quelques heures.

En annonçant l'intention d'extraire le maxillaire chez ce malade, M. Nélaton avait déclaré que la maladie était cancéreuse, et qu'il regardait ce cas comme un de ceux où l'opération est sur la limite du possible. On ne savait au juste jusqu'où s'étendait la lésion. — L'exorbitis et la cécité semblaient annoncer que le cancer se prolongeait en arrière et profondément dans l'orbite.

Telles étaient les questions qui devaient être résolues par l'autopsie. — En outre, il n'était pas sans intérêt de savoir si la compression du globe de l'œil suffisait ici pour abolir complètement la faculté visuelle, ou bien si le nerf optique était aussi comprimé, c'est à cette dernière opinion que l'on s'était arrêté.

Autopsie. — Une tumeur cancéreuse (encéphaloïde) développée dans le sinus maxillaire a détruit cet os dans toute sa partie supérieure. La branche montante a seule été respectée... La voûte du palais est seulement amincie et refoulée, les alvéoles sont sains. — Le cancer a remplacé l'os partout, excepté dans les parties que nous venons de nommer. — Le plancher de l'orbite est constitué par la tumeur qui comprime à la fois et l'œil et le nerf optique et adhère aux tissus fibreux de l'orbite, en sorte qu'il est évident que l'ablation de l'œil et d'une partie du nerf eût été indiqué ici. — Il nous a paru aussi que l'adhérence de la tumeur au tissu cellulaire sous-cutané à la joue eût été une gêne très grande pour l'opérateur, et peut-être une cause d'insuccès de l'opération. En arrière, la tumeur ne dépasse pas l'os palatin et

n'atteint pas l'apophyse ptérygoïde, la narine avait été respectée.

L'examen au microscope fait par M. C. Robin et par nous a montré l'élément cancéreux prédominant dans la tumeur, mêlé à des éléments fibro-plastiques et à des épithéliums altérés dans leur forme.

On voit donc que l'opération eût été possible encore, quoique extrêmement grave, et l'on remarquera que huit mois ont suffi chez un vieillard pour produire une semblable lésion ; en outre, l'autopsie a montré qu'en se fondant sur la perte de la vision pour annoncer une compression, non de l'œil, mais du nerf optique, on avait porté un diagnostic qui devait être justifié.

11. *M. Wieland* présente un exemple de *dilatation de l'aorte rompue dans le poumon*, sur laquelle il donne les détails suivants :

Une femme allemande, âgée de soixante-quinze ans, est entrée à l'hôpital le 27 mai 1854, accusant une très grande faiblesse. Par son fils, nous avons appris que, depuis environ six semaines, elle toussait beaucoup ; que, à cette époque, elle avait craché environ une livre de sang analogue à celui que nous voyons aujourd'hui, c'est-à-dire rouge et spumeux.

Le 28 mai. Nouvelle hémoptysie plus considérable, 1000 grammes de sang ; faiblesse considérable, toux sèche, figure pâle, pouls petit, filiforme, pas de gêne notable de la respiration.

A l'auscultation, on entend des deux côtés une respiration rude un peu soufflante, de l'expiration prolongée, quelques craquements disséminés à gauche. Sous la clavicule gauche, matité assez limitée.

Le 30 mai au matin. Même état, respiration pénible.

Le soir, à quatre heures, elle était morte, après avoir craché, à la suite d'une petite toux sèche, 4 livres de sang offrant les caractères que j'ai déjà dits.

1^{er} juin. — *Autopsie*. Quelques cuillerées de sérosité dans la plèvre, pas d'adhérences du poumon.

Sommet du poumon gauche dur et bosselé. En le fendant, on trouve une caverne remplie par un caillot stratifié et fermant une ouverture de l'aorte qui communiquait avec la caverne.

A ce caillot était attaché un autre caillot qui se prolongeait dans le tronc brachio-céphalique et la carotide primitive à la distance de 0,10 centimètres.

Tous les autres organes sont sains et normaux.

M. Blain des Cormiers fait remarquer, et insiste sur ce point, qu'il n'y a ni tubercules ni cavernes. On voit une dilatation de l'aorte qui s'est rompue dans le poumon, mais non dans une cavité tuberculeuse.

M. Houël dit que cette pièce peut être rapprochée d'une autre pièce qui existe dans le musée Dupuytren, et qui est due à *M. Sue* père. L'anévrysme siège dans le même point ; mais au lieu de s'ouvrir dans le poumon, il s'est fait jour dans la plèvre. Il a décollé le feuillet viscéral de la plèvre, il s'est coiffé de ce feuillet, et ce n'est qu'en bas que la déchirure s'est produite.

DEUX OBSERVATIONS DE MALADIE DE BRIGHT, AVEC DES PHÉNOMÈNES COMATEUX ET ABSENCE D'ŒDÈME.

OBSERVATION I. — Phénomènes comateux ; — pas d'œdème ; — reins granuleux au troisième degré de Bright ; — suffusion séreuse dans le tissu cellulaire sous-arachnoïdien.

Par M. D'ORNELLAS, D. M. P.

Femme Buscalion, journalière, âgée de soixante ans, entrée à la Charité, salle Sainte-Marthe, n° 26, le 6 juillet.

Apparence assez vigoureuse, assez d'embonpoint, face un peu hébétée. La malade répond à peine, et de telle sorte qu'il est impossible d'être renseigné sur les antécédents. Ce qui frappe le plus en voyant cette femme, c'est la dyspnée considérable dont elle souffre, et qui l'oblige à se tenir assise dans son lit. Cependant nous ne trouvons aucun symptôme qui puisse nous expliquer cet état : ainsi pas de crachats, ni rien d'anormal, de bien grave, ni à la percussion ni à l'auscultation. Dans la moitié inférieure du poumon droit, des bulles assez nombreuses de râle sous-crépitant, et un peu au-dessus il paraît y avoir de l'exagération dans la résonnance de la voix. Du côté gauche, quelques bulles rares et une respiration rude se fait entendre. Rien au cœur. Pouls fébrile, développé ; peau sèche, langue sèche et perte complète de l'appétit ; du reste, pas de vomissements, pas de dévoiement.

On suppose une *pneumonie du côté droit* ; on pratique deux saignées, l'une le soir même, et l'autre le lendemain matin ; le sang est couenneux. Le troisième jour, on prescrit de l'oxyde

blanc d'antimoine : pas d'amélioration, pas de changement appréciable dans les symptômes.

La malade meurt trois jours après son entrée, c'est-à-dire le 10 juillet.

Autopsie. — *Cerveau.* Le tissu cellulaire sous-arachnoïdien est infiltré d'une certaine quantité de liquide transparent, tremblotant. Les méninges s'ènèvent de la surface cérébrale avec facilité et sans entraîner de substance du cerveau ; celles-ci, examinées par transparence, sont épaissies. La consistance cérébrale est normale, et même un peu plus forte que dans les cas ordinaires. Les ventricules ne sont pas dilatés et contiennent une petite quantité de sérosité citrine.

Poumons. Ils sont volumineux, un peu insufflés et engoués à leur partie déclive ; on trouve beaucoup de mucus dans les bronches, dont la muqueuse est rouge, épaisse et reconverte de mucus vert et tenace.

Cœur. Il est normal ; cependant on trouve quelques plaques jaunes sur les valvules mitrales. L'aorte, à deux ou trois pouces au-dessus de ses valvules, présente de nombreuses plaques osseuses, et l'on retrouve ces mêmes plaques au niveau de la bifurcation des iliaques.

L'*abdomen* renferme une énorme quantité de graisse déposée sur le péritoine, les mésentères, les appendices intestinaux, dans le ligament suspenseur du foie et autour des reins.

Foie. Son volume est normal, sa coloration d'un brun chocolat ; il n'est pas très friable, et ne contient pas beaucoup de sang. La vésicule biliaire est volumineuse et contient une grande quantité de bile épaisse et noire comme de l'encre.

Estomac. D'un volume normal ; il offre une muqueuse épaisse et résistante au niveau de sa partie la plus déclive ; sur la grande courbure et vers le centre de l'estomac, un grande plaque large comme la paume de la main, à coloration noirâtre, ardoisée, très marquée, qui ne fait que croître par la macération dans l'eau.

Le *duodénum*, à partir de la valvule pylorique, offre un pointillé noirâtre très serré.

La *veine cave inférieure* et la *veine porte* sont complètement libres.

Rate normale et petite.

Les *intestins* contiennent des matières fécales bien formées.

Le *colon* présente, au voisinage de l'S iliaque, des taches plus ou moins étendues, d'un noir foncé, qui lui donnent un aspect tigré. Ces taches noires paraissent surtout formées au pourtour des follicules isolés qui en forment le centre (on ignore si cette malade a eu la dysentérie ou non).

La teinte générale de la membrane muqueuse gastro-intestinale est d'un bleu pâle ; cette muqueuse est épaisse, résistante, surtout à l'estomac, comme nous avons vu.

Reins. Extrêmement petits ; ils sont enveloppés d'un coussinet graisseux très abondant ; leur capsule est très épaisse, et l'on ne peut pas l'enlever sans entraîner la substance corticale, des tractus cellulux et des vaisseaux qui la reliaient au tissu des reins. Quand elle est enlevée, on voit que l'aspect des reins est mamelonné, qu'il y a des circonvolutions en quelque sorte formées par des sillons profonds. L'aspect des reins est fortement granuleux ; la coloration de ces deux organes est d'un jaune chamois ; à la coupe, leur substance offre un aspect uniforme ; la substance corticale paraît extrêmement atrophiée, elle a peut-être 2 ou 3 millimètres d'épaisseur. La substance tubuleuse est à peine reconnaissable. Il semble qu'il y a formation de tissu cellulaire intermédiaire, ce qui donne à l'ensemble du tissu rénal un aspect et une consistance fibreuse. La membrane muqueuse des bassinets est très épaisse, brune, veloutée, fortement injectée. A la loupe on voit dans la substance corticale des granulations blanchâtres du volume d'une tête d'épingle, qui paraissent être les corpuscules de Malpighi. Le suc exprimé de la substance tubuleuse contient des cellules épithéliales. La graisse libre existe dans ces reins en énorme quantité. Dans chaque rein, il y a trois ou quatre kystes près de la substance corticale, et ils ont le volume d'une noisette. On trouve 3 ou 400 grammes d'urine limpide dans la vessie avec un dépôt épais ; cette urine, traitée par la chaleur et l'acide nitrique, laisse déposer un précipité albumineux épais.

OBSERVATION II. — Albuminurie ; — phénomènes comateux (urémie, forme comateuse de Frerichs) ; — bouffissure de la face ; — pas d'œdème des autres parties du corps ; — reins granuleux ; — altérations cérébrales ; tubercules et excavations pulmonaires.

Emélie Barr, vingt-six ans, blanchisseuse, née à Gand, entrée

le 3 juillet 1854, salle Sainte-Anne, n° 4, morte le 16 du même mois à midi.

Cette malade annonce qu'elle est traitée pour des tubercules pulmonaires depuis plusieurs mois. On trouve, en effet, sous les clavicules gauche et droite des craquements muqueux très évidents ; sa constitution est profondément détériorée, et il y a grande pâleur des tissus, accompagnée d'une maigreur extrême des membres inférieurs. Cependant la face est bouffie, ce dont elle ne s'était pas aperçue, et les joues gardent l'impression des doigts.

La malade, interrogée à ce point de vue, dit qu'elle a eu, il y a deux ou trois mois, les jambes très enflées, ce qui a disparu spontanément, qu'elle a eu aussi des douleurs de reins très vives, et que depuis quelque temps elle urine plus souvent que d'habitude. L'urine (rendue à l'hôpital) est pâle, peu abondante (un demi-litre par jour) et fortement albumineuse.

Vers le 7 juillet, des vomissements incessants se sont déclarés, et l'on ne peut pas les arrêter ; puis survient une diarrhée très abondante qui cessa sous l'influence des opiacés. Cette femme tombe peu à peu dans un désespoir singulier, et aussi dans un coma général. Pendant ce temps, les urines diminuent beaucoup de quantité, et pendant les deux ou trois jours derniers, la malade n'en rend plus. Quand on la sonde, on tire à peine un demi-verre d'urine trouble et albumineuse (qui n'offre pas de caillots fibrineux au microscope, mais des cristaux de phosphate ammoniaco-magnésien).

Le 14 juillet, décubitus dorsal, soubresauts des mains, yeux fixes, ouverts, face pâle, pupilles très contractées (on a cessé l'usage de l'opium, qui n'a pas dépassé 5 centigrammes).

La malade, dont on ne peut obtenir aucune réponse, paraît être privée de l'ouïe et de la vue : pas d'urine dans la vessie, pas de vomissements, pas de selles.

Le 15 juillet, la malade paraît avoir eu du délire la nuit, car elle s'est levée ; mais elle n'a pas crié ni fait de bruit ; elle a eu quelques mouvements convulsifs dans les mains seulement ; respiration remarquablement sospirieuse et lente (26 respirations par minute) ; yeux fixes, pupilles contractées, langue sèche et non rouge, pouls à 90-92, peau des extrémités froide ; de temps en temps les paupières s'abaissent ; immobilité complète, le

décubitus dorsal est dans un calme parfait; sorte d'état extatique. L'œdème reste borné à la face; de temps en temps quelques mouvements presque imperceptibles de la tête, des lèvres et des mains. Depuis hier, pas d'urine, et dans la vessie à peine on en rencontre 100 grammes. Deux selles avec dévoiement; encore quelques efforts de vomissements, mais sans suite.

Le 15 au soir, même état: coma encore plus profond; fixité des yeux, respiration très lente et suspicieuse; pouls très lent, ainsi que les battements du cœur.

Le 16 juillet au matin, face rouge, coma profond, yeux entr'ouverts et fixes; le pouls est presque insensible, respiration très lente, 12 à 14 par minute. Par l'acide chlorhydrique, l'air expiré présente quelques vapeurs blanches peu sensibles, et par le papier rouge, une légère teinte bleuâtre bien peu prononcée.

Autopsie. — *Abdomen.* Pas de sérosité dans la cavité péritonéale.

Reins. Hauteur 10 centimètres, comme repliés sur eux-mêmes dans le sens de leur longueur; membrane capsulaire épaisse, opaque, parsemée de taches blanchâtres, injectée, s'enlevant facilement. La surface des reins, très granuleuse, présente des lobules de volume égal, semblables aux circonvolutions cérébrales et pour la forme et pour la coloration, qui est d'un jaune pâle (couleur de chair); ces circonvolutions sont séparées par des stries rougeâtres dues à l'injection vasculaire de la substance corticale.

La consistance des reins est très dense, friable, cassante. Les bassinets et les uretères sont très injectés, d'aspect brunâtre, contenant un liquide trouble qui, examiné au microscope, offre des cellules épithéliales, des caillots fibrineux, dont l'extérieur est également tapissé par des cellules épithéliales. Le liquide contient, en outre, beaucoup de globules graisseux et des granulations moléculaires. L'examen microscopique de la substance corticale y démontre des corpuscules de Malpighi, couronnés par un tissu cellulaire strié et contenant une substance amorphe, granuleuse, où les vaisseaux sanguins ne sont pas visibles. Les cellules épithéliales des bassinets sont remplies souvent de granulations graisseuses. Une cuillerée d'urine trouble dans la vessie.

Foie. — Volumineux, avec apparence de foie gras au premier degré.

Rate normale. Rien de remarquable dans les *intestins* ; pas de tubercules, pas de coloration brune de la membrane muqueuse de l'*estomac*.

Dans le *côlon*, un grand nombre d'ulcérations ovales d'un centimètre de long, probablement tuberculeuses, dont quelques-unes ont mis la musculature à nu.

L'*utérus* est volumineux : sa trompe droite offre de l'hydropisie ; les parois de l'utérus sont considérablement hypertrophiées, épaisses de 2 centimètres environ, contenant dans leur épaisseur des tumeurs fibreuses au nombre de 8 à 10, faisant presque toutes saillie du côté du péricône, variant du volume d'une noisette à celui d'une noix. L'ensemble de l'utérus et des tumeurs ne dépasse pas le volume du poing. — Rien dans les artères ni dans les veines cave, rénale et porte.

Cœur. Petit ; les parois du ventricule gauche sont pâles, jaunâtres, molles ; probablement légère infiltration graisseuse.

Poumons. Tubercules disséminés dans toute l'étendue des deux poumons de plus en plus roses ; à mesure que l'on s'approche de la base et formant des noyaux très durs. Les deux poumons sont farcis de tubercules à divers degrés et d'excavations dont quelques-unes sont assez profondes (pouvant contenir une noix) surtout à gauche.

Cerveau. Pas de liquide sous l'arachnoïde ; le cerveau n'est pas volumineux, et ses circonvolutions ne sont pas aplaties aux parties latérales et à la base de l'encéphale ; la pie-mère est très fortement injectée en rouge vif. Cette membrane est très friable, et l'on ne peut enlever que de très petites parcelles. Au-dessous, la substance grise a une teinte hortensia due à un pointillé fin ; elle est en même temps manifestement ramollie. Pas d'apparence de granulations tuberculeuses, même au niveau des scissures de Sylvius ; mais l'arachnoïde et la pie-mère ont, dans les scissures, une teinte blanchâtre, opaque, qui paraît due à une affection ancienne. Ici la consistance de la substance cérébrale est manifestement ferme ; piqueté cérébral très évidemment abondant ; ventricules contenant une toute petite quantité de liquide citrin très légèrement trouble. Sans que l'on ait exercé de traction, la substance qui unit les couches optiques aux corps striés se dé-

chire et forme une fente au fond de laquelle on voit le prolongement des pédoncules cérébraux ayant une teinte rougeâtre. Les couches optiques sont manifestement ramollies à leur surface seulement. La substance encéphalique, qui forme les parois des ventricules latéraux (droit et gauche) est très évidemment ramollie d'une manière symétrique, ramollissement qui est légèrement pulpeux, rougeâtre ; et quand on verse de l'eau dans les cavités cérébrales, leurs parois perdent leur substance sous forme de houppes. — Rien dans le troisième et le quatrième ventricule, non plus dans l'épaisseur même des couches optiques, des corps striés et des autres parties de l'encéphale.

*Rapport de M. le docteur Charcot sur les observations
présentées par M. d'Ornellas.*

Les observations et les pièces présentées à la Société par M. d'Ornellas sont relatives à une catégorie de cas insidieux de maladie de Bright, dans lesquels l'œdème et la plupart des symptômes habituels manquent réellement ou existent à peine, et où il se manifeste des accidents cérébraux qui, par leur prédominance, absorbent l'attention du médecin, font négliger l'examen des urines, et sont aussi trop souvent la cause d'erreurs dans le diagnostic.

Dans la *première observation*, il s'agit d'une femme vigoureuse, âgée de soixante ans, qui, pendant tout le temps qu'elle est soumise à l'observation, présente, comme symptômes dominants, une dyspnée considérable, quelques phénomènes comateux, une réaction fébrile assez intense. L'examen attentif des principaux organes reste à peu près sans résultat ; on trouve cependant, en auscultant la poitrine, des bulles de râle sous-crépitant assez nombreuses, répandues dans toute l'étendue du lobe inférieur du poumon droit, et accompagnées d'un peu de résonnance de la voix ; mais rien qui légitime l'admission d'une hépatisation pulmonaire, rien en un mot qui puisse être considéré comme étant le point de départ de l'état grave où se trouve la malade. La mort survient trois jours après l'entrée dans les salles. A l'autopsie, on trouve des reins considérablement atrophiés, durs, comme carnifiés et granuleux à leur surface. On recueille l'urine que renferme la vessie, et on la trouve chargée

d'une énorme quantité d'albumine. Le tissu cellulaire sous-arachnoïdien de la convexité du cerveau est infiltré d'une certaine quantité d'une sérosité transparente. Les autres viscères ne présentent pas d'altérations qui demandent d'être rapportées ici.

La malade qui fait le sujet de la *deuxième observation* est âgée de vingt-six ans, elle est traitée depuis plusieurs mois pour une phthisie pulmonaire dont les lésions sont déjà fort avancées, lors de son admission à l'hôpital. A cette époque, un certain air d'hébétude qu'on remarque dans la physionomie, une légère bouffissure de la face, une teinte blafarde toute spéciale des téguments, conduisent à examiner les urines que l'on trouve fortement albumineuses. La malade est alors interrogée sous le point de vue de l'affection rénale dont l'existence devient si probable; elle répond que, il y a deux ou trois mois, les jambes ont été considérablement enflées pendant quelques jours; que, depuis cette époque, elle a parfois éprouvé de vives douleurs dans les reins, et enfin que, depuis quelque temps, elle a éprouvé, surtout la nuit, des besoins d'uriner bien plus fréquents que d'habitude. Voilà donc un cas de néphrite albumineuse bien constatée à marche chronique, et dans lequel l'œdème ne se montra que d'une manière tout à fait passagère. Mais ce qui me paraît devoir être remarqué surtout, dans cette observation, c'est la description qu'on y trouve des phénomènes cérébraux observés pendant les derniers temps de la maladie. Quinze jours environ avant la terminaison fatale, les urines, dont la quantité avait été jusqu'ici de 500 grammes environ par jour, subissent une diminution remarquable; elles deviennent chaque jour de moins en moins abondantes; bientôt elles ne sont plus rendues, et l'on en extrait chaque matin, par le cathétérisme, à peine un demi-verre. Cette diminution dans la quantité des urines coïncide avec l'apparition des phénomènes cérébraux. On observe d'abord des vomissements incessants, qui font place à une diarrhée abondante. Bientôt il se manifeste de l'hébétude, puis de la somnolence, et enfin un coma profond; alors la face est pâle, les yeux sont fixement dirigés vers un point, les pupilles sont très contractées; la malade, dont on ne peut plus tirer aucune réponse, semble plongée dans une sorte d'extase. Pendant ce temps, le pouls s'accélère d'abord un peu, puis il se ralentit; la respiration devient suspireuse, profonde, irrégulière, et bientôt elle est tellement

lente, qu'on ne compte plus que douze ou quatorze mouvements d'inspiration par minute. La mort survient au milieu du coma le plus profond. Les reins présentent à l'autopsie des altérations qui répondent au cinquième degré établi par M. Rayet dans sa description des lésions rénales propres à la néphrite albumineuse. Les méninges cérébrales ne présentent ni suffusion séreuse, ni tubercules; mais on remarque qu'à la base du cerveau la *pie-mère* présente une coloration d'un rouge vif, qu'elle est friable, et qu'au-dessous d'elle la substance grise présente un pointillé très fin et un ramollissement évident. On trouve, en outre; un ramollissement rougeâtre, pulpeux, très évident, de la substance cérébrale, qui forme les parois des ventricules latéraux.

Telles sont, en résumé, les particularités qui m'ont le plus frappé dans les observations présentées par M. d'Ornellas; elles pourraient fournir matière à de nombreux développements; mais, pour ne pas entreprendre ici un historique en règle des cas anormaux de la néphrite albumineuse, je dois me borner à vous présenter quelques remarques isolées qui m'ont été suggérées par la lecture de ces observations.

1° Ce qui rend le diagnostic difficile dans les cas de ce genre, c'est, d'un côté, l'absence plus ou moins complète d'anasarque, et de l'autre l'apparition des phénomènes cérébraux: ces deux circonstances se montrent souvent indépendamment l'une de l'autre; mais un fait qui serait bien digne d'être noté, s'il était parfaitement avéré, c'est qu'elles se combinent très fréquemment, et que c'est surtout dans les cas de néphrite albumineuse où les hydropisies font défaut que les accidents cérébraux ont le plus de tendance à la manifester. Frerichs, auquel j'emprunte cette remarque, se borne sur ce point à une simple assertion, et il ne produit aucun résultat statistique. Cependant, après avoir analysé un assez grand nombre d'observations empruntées aux auteurs qui ont écrit en France, en Allemagne et en Angleterre, il est arrivé à quelques résultats numériques qui peuvent au moins nous donner une idée de la fréquence des cas de néphrite albumineuse où manque l'œdème, et des cas où cette maladie s'accompagne de phénomènes cérébraux. Peut-être serait-il convenable de consigner ici quelques-uns de ces résultats. Vous verrez en même temps alors que les cas qui nous occupent ont été bien moins souvent observés en France qu'en Angleterre, et dans le nord de l'Allemagne; ce

qui me semble explicable par la fréquence plus grande de la maladie de Bright en général, dans ces deux pays où les conditions climatiques et l'abus des boissons spiritueuses sont bien différents de ce qu'ils sont chez nous. Ainsi, sur 79 cas tirés de l'ouvrage de M. Rayer, on n'en trouve que 11 où l'hydropisie a manqué; M. Becquerel note l'absence de ce symptôme 3 fois seulement sur 65 cas; tandis que sur 80 observations propres à Gregory, il y en a 22 où l'anasarque n'a pas été notée. Les accidents cérébraux sont également notés bien plus souvent par les auteurs allemands, anglais ou suédois, que par les auteurs français. Ainsi, sur 70 cas que rapporte Bright, il en est 27 où ces accidents ont été observés et paraissent avoir amené la mort; Gregory les a observés 17 fois sur 56 cas; un auteur suédois, Malinstin, les a notés 20 fois sur 55! Frerichs 5 fois sur 21; tandis qu'ils ne sont notés que 3 fois sur 49 cas tirés de l'ouvrage de M. Rayer.

Bien que ces chiffres ne se rattachent pas tout à fait à notre sujet, puisqu'ils n'ont pas trait aux cas où l'absence d'œdème se trouve combinée avec l'apparition des phénomènes cérébraux, j'ai cependant cru devoir les consigner, parce qu'ils nous portent à penser que les cas de ce genre ne doivent pas être absolument rares, même chez nous, et qu'ils méritent par conséquent une étude attentive.

2° Les accidents cérébraux sur lesquels j'appelle ici votre attention ne se rencontrent pas exclusivement dans la néphrite albumineuse; ils peuvent aussi se développer dans d'autres affections rénales. C'est ainsi que M. Rayer les a trouvés combinés avec la néphrite simple (*Traité des maladies des reins*, t. I, p. 351), avec la néphrite albumineuse aiguë et chronique (t. II, p. 393), avec diverses espèces de pyélites (t. V, p. 155), dans des cas de kystes simples ou acéphalocystiques envahissant les deux reins (t. III, p. 519 et suivantes). En pareille circonstance, ces symptômes graves paraissent quelquefois s'expliquer par l'existence de lésions cérébrales qu'on découvre à l'autopsie, comme cela a eu lieu dans les deux observations qui font l'objet de ce rapport; mais souvent, le plus souvent peut-être, ces lésions n'existent pas; de sorte qu'on se trouve naturellement conduit à considérer ces troubles cérébraux comme étant, non pas de simples complications, mais bien des accidents de l'affection rénale elle-même (Rayer, t. II, p. 393). Quelques auteurs ont été plus loin, et ils

ont cherché à démontrer que les symptômes cérébraux qui se montrent dans le cours des maladies des reins ont une physiologie spéciale qui permet de les distinguer pour ainsi dire, à première vue, des accidents du même genre qui peuvent se manifester dans d'autres maladies. Addison (*Guy's hospital Reports*, n° 8, avril 1839) en Angleterre, et Frerichs (*loc. cit.*) en Allemagne, sont les médecins qui ont embrassé cette opinion avec le plus de chaleur, et ils ont cherché à la justifier par des faits. L'auteur allemand paraît même tellement convaincu de la spécialité de ces symptômes, qu'il les décrit d'une manière dogmatique sous le nom de symptômes d'intoxication urémique, à peu près comme nous décrivons les diverses phases de l'empoisonnement par l'opium ou par toute autre substance narcotique. Je ne puis rapporter ici, même en abrégé, les descriptions données par Frerichs, cela m'entraînerait beaucoup trop loin; qu'il me suffise de dire que cet auteur admet deux formes de l'urémie, une forme aiguë et une forme chronique, toujours caractérisée par la prédominance des accidents comateux; que, dans la forme aiguë, il faut encore distinguer, suivant lui, deux formes secondaires, à savoir: une forme convulsive et une forme comateuse, et enfin que la 2^e des observations qui font le sujet de ce rapport pouvait être considérée comme un type parfait se rapportant à la forme aiguë comateuse. Quoi qu'il en soit, les tentatives faites par Addison et par Frerichs n'ont pas été suffisamment contrôlées chez nous, pour qu'on puisse enregistrer sans réserve les résultats auxquels elles conduisent. C'est aujourd'hui encore, bien plutôt par l'étude des circonstances concomitantes que par l'observation pure et simple de la forme des accidents cérébraux qu'on sera amené, dans les cas qui nous occupent, à examiner l'urine et à y rechercher la présence de l'albumine.

3° Parmi ces circonstances, il en est une qui est bien dessinée dans la deuxième observation de M. d'Ornellas: je veux parler de la diminution, puis de la suppression presque complète de la sécrétion urinaire qui ont été remarquées à l'époque où les phénomènes cérébraux se sont manifestés. C'est là un symptôme qui a été fréquemment signalé par bon nombre d'observateurs, et qui, en particulier, se trouve indiqué dans plusieurs des observations rapportées par M. Rayer. Pour Frerichs, il paraît avoir été un des principaux points de départ d'une théorie qui semble

aujourd'hui fort goûtée en Allemagne. Suivant cet auteur, les phénomènes cérébraux propres aux affections rénales, et en particulier à la maladie de Bright, reconnaissent pour cause éloignée l'accumulation excessive de l'urée dans le sang, et pour cause plus immédiate, la transformation de cette dernière substance en carbonate d'ammoniaque, sous l'influence d'un ferment convenable, lequel avait jusqu'à ce jour complètement échappé à l'analyse. Le fait de l'accumulation de l'urée dans le sang des albuminuriques paraît aujourd'hui bien établi ; et quant au carbonate d'ammoniaque, on le retrouverait, suivant Frerichs, dans les matières vomies, dans l'air expiré, dans la sueur, dans le sang, chez les malades atteints d'urémie.

Il suffirait, pour en constater l'existence, d'approcher de la bouche de ces malades un fragment de papier de tournesol rougi par les acides, et de l'y maintenir pendant quelques minutes ; on verrait alors, au bout d'un temps convenable, le papier prendre une coloration bleue. On peut varier cette expérience clinique en remplaçant le papier de tournesol par une baguette de verre préalablement trempée dans l'acide chlorhydrique. Si le malade comateux ou éclamptique est, en effet, sous l'influence de l'intoxication urémique, il se manifeste alors des vapeurs blanchâtres, dont la densité varie suivant que l'air expiré est plus ou moins chargé de carbonate d'ammoniaque. On peut, par les mêmes procédés, rechercher cette substance dans les matières vomies et dans le sang ; mais il est essentiel, en pareil cas, de faire intervenir sur ces produits l'action de la chaleur ou même celle de la potasse caustique. J'ai insisté sur ces expériences, parce qu'elles ont été répétées, en partie du moins, par M. d'Ornellas, à propos de sa deuxième observation, et qu'elles ont eu un résultat à peu près négatif. Mais ce serait agir bien légèrement que de vouloir juger d'après un seul fait les observations de Frerichs, qui, si elles étaient fondées, ajouteraient un fait clinique important à la symptomatologie des affections rénales. Ces observations ont été, d'ailleurs, souvent répétées avec succès en Allemagne, et en particulier par Jacks et d'autres encore. Si je puis citer ici mes propres observations, je dirai que, dans quelques cas de néphrite albumineuse, accompagnée ou non d'œdème et compliquée d'accidents cérébraux (voyez la *Thèse du docteur Baraton*, Paris, 27 août 1853) ; j'ai constaté à

mon tour, dans les matières vomies, dans le sang et dans l'air expiré, l'existence du carbonate d'ammoniaque, en suivant le procédé imaginé par le professeur de Gœttingue, Toutefois je ferai remarquer que, pour que ces observations aient toute la valeur qu'on semble leur accorder en Allemagne, il faudrait qu'elles fussent répétées un très grand nombre de fois et qu'elles portassent non-seulement sur des malades atteints d'albuminurie, mais encore sur des sujets affectés de maladies diverses et dans lesquels les fonctions des reins ne sont pas intéressées. Qui nous prouve, en effet, que la réaction alcaline de l'air expiré ne se rencontre pas dans telle ou telle affection cérébrale capable d'amener des phénomènes comateux ou éclamptiques, dans la méningite, dans l'apoplexie cérébrale sanguine ou séreuse, ou tout simplement encore dans l'agonie, quelle qu'en soit la cause ? Nous ne trouvons rien, dans l'ouvrage de Frerichs, qui réponde à ces objections qu'on pourrait encore multiplier beaucoup. Or, à mon sens, tant qu'elles subsisteront, les remarques de notre auteur peuvent paraître fort ingénieuses, mais elles ne pourront pas recevoir d'applications cliniques.

OBSERVATION.

Affection du cœur : — rétrécissement de l'orifice mitral, anomalie des valvules pulmonaires ; — bruit de souffle, etc. — Par M. Boscredon, interne des hôpitaux.

La pièce pathologique provient d'une jeune fille de dix-neuf ans entrée dans le service de M. Piedagnel, à l'Hôtel-Dieu, au mois de décembre 1853.

Le cœur présente un volume considérable ; il a 17 centimètres de hauteur, mesuré du plan supérieur des oreillettes à la pointe ; 26 centimètres de circonférence au niveau du sillon qui sépare les oreillettes des ventricules. La hauteur des ventricules, prise isolément, est de 12 1/2 centimètres. Cette augmentation de volume s'est faite presque entièrement au profit du ventricule droit dont la cavité est double de celle du ventricule gauche.

Les deux voiles membraneux qui forment la valvule mitrale se sont réunis par leurs bords libres, de manière à former un tube infundibuliforme dont la pointe est dirigée en bas vers la cavité ventriculaire, tandis que l'évasement est à l'insertion des

valvules, au niveau de l'orifice auriculo-ventriculaire. La communication entre les cavités gauches est établie par un orifice qui termine cette espèce d'entonnoir inférieurement. Cet orifice est étroit, laissant passer à peine une plume à écrire. Il ne regarde pas directement la cavité du ventricule, mais il s'ouvre tout près de la paroi latérale gauche, de sorte que le sang, à la sortie de l'oreillette, vient frapper contre cette paroi. La valvule, du reste, est épaisse, rugueuse et contient des dépôts ostéiformes dans son épaisseur.

L'orifice auriculo-ventriculaire droit présente des dimensions plus grandes qu'à l'état normal, en proportion de l'agrandissement des cavités. La valvule tricuspide offre des dimensions relatives; des végétations nombreuses et très petites sont placées à son bord libre.

Les valvules sigmoïdes sont au nombre de quatre à l'orifice de l'artère pulmonaire. Chacune d'elles est parfaitement distincte. Trois ont les dimensions ordinaires et ne présentent rien d'anormal. La quatrième est petite, représentant, pour ses dimensions, le tiers de l'une des autres. Vers son bord libre, elle est percée de chaque côté de petits trous.

L'orifice aortique a trois valvules sigmoïdes parfaitement saines.

Les autres altérations siègent à l'auricule droite. Elle est volumineuse; sa surface externe, qui a perdu son poli, est recouverte de petites granulations blanches, qui lui donnent un aspect velouté; on y remarque une rougeur générale et un grand nombre de taches livides disséminées; tous caractères qui ne laissent aucun doute sur l'existence d'une inflammation du tissu de l'auricule. Dans la cavité auriculaire, on trouve cinq petites masses de fibrine coagulée, placées entre les piliers musculaires si nombreux en cet endroit. Chacune de ces masses fibrineuses est creusée à son centre d'une cavité qui est pleine de pus.

Comment expliquer la présence de ce pus? N'est-il pas probable que l'inflammation des parois de l'auricule a déterminé la coagulation du sang; que chaque caillot, devenu fibrineux, s'est enflammé, et que la formation du pus est le résultat de cette inflammation?

La maladie du cœur, qui a produit les altérations que je viens de décrire, n'a pas été une affection secondaire, survenue comme complication d'une pleurésie, d'une pneumonie, d'un rhuma-

tisme. Elle a débuté, il y a sept ans, sans cause appréciable. Des palpitations violentes, une oppression que réveillait le plus léger mouvement, une douleur épigastrique intense, des migraines fréquentes et très pénibles, de légères hémoptysies, qui se répétaient à des intervalles irréguliers, une infiltration générale, un frémissement cataire très intense, appréciable par l'application de la main sur la région du cœur, et l'altération des bruits du cœur, tels sont les symptômes principaux qui ont révélé l'affection pendant la vie. Par l'auscultation, on percevait un bruit de souffle continu un peu rude, deux fois renforcé par un bruit de râpe dans l'intervalle d'une révolution complète du cœur. Le renforcement qui correspondait au second bruit était plus intense que l'autre, comme l'ont constaté M. Piedagnel et plusieurs autres médecins qui avaient examiné la malade.

Extrait du rapport de M. L. Bliu.

Cette pièce me paraît démontrer une fois de plus, contrairement à l'opinion de M. Beau, qu'un rétrécissement de l'orifice mitral peut produire un bruit de souffle au second temps.

Une fille de dix-neuf ans est entrée dans le service de M. Piedagnel au mois de décembre 1853, présentant les signes généraux d'une affection cardiaque. « A l'auscultation, dit M. Boscredon, on percevait un bruit de souffle continu, un peu rude, ayant son maximum à la pointe du cœur, deux fois renforcé par un bruit de râpe dans l'intervalle d'une révolution complète du cœur. Le renforcement qui correspondait au deuxième bruit était plus intense que l'autre, comme l'ont constaté M. Piedagnel et plusieurs autres médecins qui examinèrent la malade. »

Pour expliquer ces symptômes, voici quelles sont les lésions qui ont été constatées à l'autopsie :

En ouvrant le ventricule gauche, on a trouvé une lésion considérable de la valvule mitrale. « Les deux voiles membraneux qui forment cette valvule, dit M. Boscredon, sont réunis par leurs bords libres, de manière à former un tube infundibuliforme dont la pointe est dirigée en bas vers la cavité ventriculaire, tandis que l'évasement est à l'insertion des valvules, au niveau de l'orifice auriculo-ventriculaire. La communication

entre l'oreillette et le ventricule est établie par un orifice qui termine cette espèce d'entonnoir inférieurement. Cet orifice est étroit, laissant passer à peine une plume à écrire. Il ne regarde pas directement la cavité des ventricules, mais il s'ouvre tout près de la paroi latérale gauche. La valvule, ainsi déformée, est épaisse, rugueuse, et contient dans son épaisseur des dépôts ostéiformes. » On peut ajouter à cette description que des deux lames de la valvule, l'une était accolée à la paroi ventriculaire, l'autre était dirigée très obliquement de haut en bas, et de droite à gauche; de telle sorte qu'il est impossible qu'il y ait eu reflux du sang à travers l'orifice rétréci. On peut donc affirmer qu'il y avait rétrécissement simple, sans insuffisance.

Comment un rétrécissement simple de l'orifice mitral peut-il produire un double bruit de râpe au premier et au second temps? Cette question est insoluble, si l'on adopte la théorie de M. Beau. Au contraire, la théorie physiologique ancienne des mouvements du cœur, la théorie de Haller, bien interprétée, rend parfaitement compte d'un pareil fait, comme l'a montré M. Hérard.

J'ajouterai que, dans le cas actuel, il n'y avait pas d'insuffisance de l'orifice aortique qui pût expliquer le bruit de râpe au second temps. On ne pourrait pas non plus expliquer le double bruit de râpe par une lésion du péricarde; car M. Boscredon m'a affirmé que l'enveloppe du cœur n'offrait aucune altération, circonstance qu'il avait négligé de consigner dans son observation.

OBSERVATION.

Rétrécissement de l'urètre. — Par M. Guyot, interne des hôpitaux.

Le nommé Devien Louis-Achille, âgé de quarante-six ans, sans profession, entré à l'hôpital Beaujon, en novembre 1853. A quinze ans, ce malade eut une première chaudepisse cordée très intense avec épидidymite à droite. Cette chaudepisse dura six mois, et fut traitée par les purgatifs, les sangsues, le cubèbe et le copahu. Le malade n'a pas remarqué que l'émission et le jet de l'urine aient été modifiés à la suite de cette affection.

Depuis le malade a eu plusieurs blennorrhagies (douze environ). A vingt ans, il s'est aperçu qu'il urinait en arrosoir, et à vingt et

un ans, il dut avoir recours à l'usage de bougies, dont il se servit jusqu'en 1847. Dès que le malade avait passé quelque temps sans se servir de bougies, l'émission de l'urine devenait pénible.

En 1847, se montre une nouvelle phase de la maladie, et depuis lors, tous les hivers Devien fut pris d'accidents de rétention d'urine assez graves, pour être obligé de garder le lit pendant un temps plus ou moins long. Il avait des douleurs de reins très vives, qui, (à ce que raconte le malade,) se propageaient des reins à la vessie. Chaque nouvelle recrudescence dans la maladie était annoncée par une hématurie assez abondante, et par des symptômes qui paraissent être ceux de la fièvre urineuse : frissons très violents, et périodiques, augmentés par les tentatives de cathétérisme ; crampes et fourmillements dans les jambes ; inappétence, insomnie, diarrhée, tristesse très grande.

Dès lors, l'émission de l'urine fut très douloureuse. Les accès allèrent toujours en se rapprochant ; les douleurs s'augmentèrent dans le rein droit, la vessie devint le siège de cuissons très vives. Ces douleurs n'étaient pas continues.

Le malade a remarqué que lorsqu'il essayait d'uriner, il se formait au périnée, dans un point qu'il indique et qui correspond à la région membraneuse, une tumeur assez volumineuse, et qui ne s'est jamais ouverte. Le malade dit avoir parfaitement la sensation que l'obstacle à l'émission de l'urine se trouvait en avant de cette tumeur.

Il y a deux ans environ (les dates ne paraissent pas très présentes au malade,) les urines devinrent ammoniacales, et déposèrent une grande quantité de pus.

En même temps, la santé générale s'altérait profondément. Douleurs atroces dans les membres inférieurs, fièvre peu intense mais continue, diarrhée avec quelques alternatives de constipation ; sueurs très abondantes.

Lors de l'entrée du malade, M. Robert essaie de faire pénétrer une bougie, mais toutes ses tentatives sont inutiles, et l'état général, l'examen des urines, le détournent de toute opération.

Les troubles de la santé sont ceux que nous avons déjà décrits, avec un peu plus d'intensité. La fièvre présente chaque soir des redoublements contre lesquels échoue le sulfate de quinine. La

diarrhée devient continuelle, et rien ne peut l'arrêter. La percussion de la région hypogastrique fait reconnaître que la vessie est remplie d'urine. Le malade est obligé de garder un urinoir entre ses jambes, et urine goutte à goutte. Avec une constitution profondément détériorée, le malade put lutter encore six mois, et il a succombé le 3 mai 1854.

Une bougie assez fine est introduite par M. Robert, et est arrêtée par la valvule de M. Guérin, mais elle franchit la portion spongieuse de l'urètre, et elle parvient dans la portion membraneuse; là il est impossible de la faire pénétrer plus en avant. M. Robert, ayant fendu l'urètre jusqu'au rétrécissement, essaie d'y faire pénétrer un stylet de trousse, mais toutes ses tentatives sont inutiles: il fend alors la vessie et la portion prostatique, et une grande partie de la portion membraneuse de l'urètre, jusqu'au siège du rétrécissement.

Ce rétrécissement est situé à 4 centimètres environ du verumontanum, et il a environ 6 millimètres d'étendue. Il est constitué par un tissu fibreux très dense. M. Robert fait pénétrer un stylet de trousse qui est très fortement serré. En avant du rétrécissement se trouvent plusieurs traînées noirâtres, qui se terminent en cul-de-sac, et qui paraissent être dues à des fausses routes; l'une de ces fausses routes conduit sous le rétrécissement et permet au stylet de passer au-dessous du rétrécissement.

La vessie est distendue par l'urine; elle présente une épaisseur considérable et un beau type de vessie à colonnes. La prostate est hypertrophiée.

La muqueuse de la vessie, de l'urètre, des bassinets, est noirâtre; la muqueuse des bassinets présente une arborisation très remarquable.

Du reste, la vessie, les uretères, les bassinets, les calices, sont distendus par une urine purulente. La substance rénale est peu altérée; son tissu est très pâle.

La tunique vaginale du côté droit est très épaisse; l'épididyme du même côté est très dur.

OBSERVATION.

Plaie de la partie inférieure et externe de l'avant-bras, avec blessure de l'artère radiale. — Par M. le docteur Bauchet.

Hémorrhagie. — Ligature. — Pansement simple. — Complication de phlegmon diffus. — Guérison du phlegmon. — Apparition d'un vaste foyer purulent dans la région fessière. — Eschares au sacrum. — Mort. — Autopsie.

Le 8 septembre 1853, on apporte à l'hôpital de la Charité, dans le service de M. Velpeau, un jeune homme de vingt-sept ans, qui vient d'être victime d'un accident. Il nous raconte que, le jour même, il était occupé à transporter des bouteilles lorsqu'il est tombé; son bras s'est trouvé engagé au milieu des fragments, la face palmaire a violemment porté sur ces débris tranchants. — Une plaie a été produite; cette plaie a donné issue à une quantité de sang considérable, sang bien rouge et venant par secousses (ce sont les expressions du malade). — Lui-même il a arrêté l'écoulement sanguin en pressant d'abord directement sur la plaie à l'aide de la main opposée. Bientôt un mouchoir de poche plié en cravate a été passé autour de l'avant-bras, que l'on a fortement serré, et, après ces soins préliminaires, on l'a transporté à l'hôpital.

A son entrée, on trouve le mouchoir fortement imbibé de sang. A peine a-t-on enlevé ce pansement provisoire, que l'hémorrhagie recommence avec la même force; alors il est constaté que la plaie siégeant à la face palmaire de l'avant-bras gauche est oblique de haut en bas, de dehors en dedans; que, commençant au niveau de la face antérieure et un peu externe de l'extrémité inférieure du radius, elle s'étend vers la partie interne de l'éminence thénar, présentant une étendue d'environ 3 centimètres. De plus, à l'aspect rutilant, vermeil du sang, à son écoulement saccadé, au calibre du jet, à la direction de la plaie, il n'est plus permis de douter que l'artère radiale ait été ouverte. — Immédiatement on recherche les deux bouts de l'artère, et, sans agrandir la plaie, deux ligatures sont posées par l'interne de garde.

Le 9. Le malade a éprouvé des douleurs assez vives au niveau

de la plaie; il n'a pas dormi de la nuit; le pouls est fréquent, la langue blanche; les bords de la plaie sont sensibles, rouges, tendus.

Le 11. Dans la nuit du 10 au 11, le malade a été pris d'envie de vomir, il a eu des frissons; aujourd'hui la peau est brûlante, le pouls très fréquent, la langue recouverte d'un enduit verdâtre; les bords de la plaie sont tendus, douloureux, la sécrétion purulente est nulle.

Le 12. Le malade a été encore pris dans la soirée des mêmes envies de vomir, de frissons; le pouls et la langue présentent les mêmes caractères que la veille; le malade accuse de vives douleurs dans la plaie; les bords en sont rouges, tendus, chauds, la tuméfaction a gagné la partie inférieure de l'avant-bras. (Frictions mercurielles.)

Le 13. Persistance des phénomènes inflammatoires; extension de l'état inflammatoire à tout l'avant-bras. (Bandage roulé compressif.)

Le 15. Quand on lève le bandage, on constate que le gonflement persiste et a envahi la région du coude. Tout l'avant-bras présente un empatement considérable.

M. Velpeau pratique, sur la partie tuméfiée, cinq ou six incisions de 1 à 2 centimètres; les incisions donnent issue à un liquide séro-sanguin peu abondant.

Le 16. A la suite des incisions, les douleurs ont notablement diminué, la tension est moindre. Les phénomènes généraux ont diminué d'intensité.

Le 17. Le malade souffre peu de son bras, qui s'est bien affaissé. Au niveau de chaque incision, il se fait un écoulement purulent abondant; le pus est mal lié, contient des espèces de grumeaux blanchâtres, filamenteux. A l'état de surexcitation a succédé une grande prostration. Le malade, indifférent à ce qui l'entoure, se plaint de douleurs de ventre et d'une diarrhée abondante. (Traitement convenable.)

Le 18. Le dévoiement persiste; l'avant-bras est dans le même état. Il s'est formé, au niveau du coude, en dehors de l'olécrâne, un petit foyer purulent, qui est incisé.

Le 25. L'avant-bras continue de se détenger; la peau se laisse soulever et semble couvrir l'avant-bras sans adhérer aux parties sous-jacentes. La sécrétion purulente devient moindre.

— Le dévoiement persiste de même que l'état de prostration.

Le 30. Le dévoiement s'est arrêté, la prostration persiste, l'avant-bras a repris à peu près son volume normal, la sécrétion est presque nulle; les plaies résultant des incisions se resserrent, tendent vers la cicatrisation.

Le 10 octobre. L'amélioration s'était maintenue jusqu'à ce jour; les plaies de l'avant-bras étaient presque entièrement cicatrisées. Seule, celle qui siégeait à la partie inférieure, au niveau de la ligature, donne encore passage à un peu de pus. — Mais, dans la nuit du 9 au 10, le malade a été de nouveau pris de frissons, de douleurs de ventre; le pouls est petit, filiforme, la langue et les dents fuligineuses. La prostration est à son comble. Néanmoins, le malade n'accuse aucune douleur locale.

Le 11. Cet état persiste; le lendemain le malade se plaint de douleurs vagues dans la région fessière. L'examen de cette partie fait découvrir un vaste foyer, s'étendant à toute la région. Une incision pratiquée a donné issue à une quantité considérable de pus. Un cataplasme a été prescrit. Les plaies encore ouvertes à l'avant-bras sont pansées simplement.

Le 15. L'état adynamique persiste; le malade présente une teinte jaunâtre, terreuse, une grande quiétude d'esprit; en même temps il se fait par l'incision de la fesse un écoulement purulent, infect. Le dévoiement est revenu; la nuit des sueurs, des frissons qui reviennent régulièrement.

Le 26. Le même état persiste; les forces se sont peu à peu épuisées, et le malade finit par succomber dans un état de subdelirium.

Autopsie. — Organes internes. — Pouxmons sains, crépitants, pas de trace de foyer; volume normal, un peu d'infiltrations sanguines aux points déclives.

Plèvres. Rien de spécial : à peine une cuillerée de liquide séro-sanguin dans leur cavité. — Pas d'adhérences; pas de pus.

Foie et organes abdominaux. — Dans l'état d'intégrité le plus parfait. — Rien du côté du *cerveau*, ni des méninges, ni du côté du *cœur*, ni des *gros vaisseaux*.

A la *fesse*, vaste caverne sous-cutanée, remplie par des détritits cellulaires filamenteux, d'un gris noirâtre. La caverne s'étendait des parties latérales du sacrum au grand trochanter.

L'avant-bras a été soumis à une injection. Les plaies résultant des incisions des phlegmons sont cicatrisées. Tout ce que

cet examen peut donner ne concerne que le rétablissement de la circulation collatérale.

L'artère radiale est oblitérée dans une étendue de 2 à 3 centimètres. Elle est remplacée par un cordon de la grosseur d'un fil double. — L'injection a pénétré jusqu'au niveau de l'oblitération, qui siège à la hauteur de la plaie et des ligatures. Seulement l'artère radiale est d'un bien petit calibre supérieurement, si l'on compare le bout supérieur au bout inférieur. Inférieurement, l'injection a gonflé l'artère radiale. Cette injection vient de la cubitale. Elle a reflué de bas en haut par les anastomoses des arcades palmaires, qui sont énormément dilatées. Nouvelle preuve de l'insuffisance de la ligature du bout supérieur dans le cas de blessure de l'artère radiale et de bien d'autres artères !

La pièce a du reste été mise sous les yeux des membres de la Société. L'observation méritait bien d'être rapportée en entier.

OBSERVATION.

Hématocèle scrotale. — Ponction, issue d'un liquide épais brunâtre. — Incisions. — Injections d'eau de guimauve; — injections d'une solution de quinquina. — Suppuration. — Guérison. — Par le docteur Bauchet.

Le malade qui fait le sujet de cette observation est entré dans le service de M. Velpeau (hôpital de la Charité) le 18 mai 1853. C'est un homme assez robuste et bien constitué; il a cependant le teint un peu jaune et plombé; mais il dit n'avoir jamais été malade.

Il porte au scrotum une tumeur énorme, grosse comme une tête d'adulte, ou peu s'en faut. Cette tumeur mollassse, épaisse, d'une fluctuation obscure, parfaitement indolente, occupe les deux côtés du scrotum, mais surtout le côté gauche. Elle n'offre pas la moindre transparence, et s'est développée très lentement. Le malade ne saurait dire à quelle date précise elle a commencé; il affirme seulement qu'il y a un an la tumeur existait déjà, dure, indolente, et grosse environ comme le poing.

Quant à spécifier la nature du contenu de cette tumeur, c'est assez difficile; il paraît bien, dans certaines positions, qu'il y a un liquide, mais on sent aussi les bosselures multiples, confuses,

disséminées en arrière et en bas du scrotum, au milieu desquelles il est impossible de discerner le testicule à gauche. A droite, le testicule se sent très bien. Il n'est point volumineux ni douloureux, et semble seulement entouré d'une petite quantité de liquide épanché dans la tunique vaginale un peu distendue. La peau du scrotum semble considérablement épaissie.

Quant à l'origine de la maladie, elle est aussi ignorée du malade que la date précise; il ne se rappelle avoir reçu aucun coup, ni même avoir supporté aucune fatigue, fait aucun effort, etc.

24 mai. Une ponction est pratiquée avec un trocart assez volumineux; il s'écoule un liquide brun, comme du chocolat grumeleux, épais, coulant avec peine, et mêlé de flocons fibrineux. La tumeur ne se vide qu'incomplètement. En conséquence, M. Velpeau pratique une première incision large de 3 centimètres environ, par laquelle son doigt pénètre dans la tunique vaginale, qui est nettoyée à fond; une pareille incision est faite en arrière et un peu à droite, et donne issue à une petite quantité du même liquide hématique. Enfin une troisième incision est pratiquée en avant, en haut et au milieu de la tumeur, de manière à relier les trois incisions. Il est facile alors de constater un épaississement considérable de la tunique vaginale. Deux mèches à séton sont passées à travers les trois ouvertures et un pansement simple recouvre le tout.

Une suppuration abondante ne tarde pas à s'établir; des injections d'eau de guimauve sont faites chaque matin dans le foyer purulent, de manière à y opérer un lavage complet; les bourses sont maintenues, soigneusement relevées à l'aide d'un coussinet et entourées d'une masse de charpie qu'il faut renouveler deux fois le jour.

Le malade éprouve une réaction légère; le pouls est vif et dur, la langue sale; quelques douleurs au ventre se font sentir, mais ces symptômes ne prennent point de gravité alarmante.

31 mai. Aux injections d'eau de guimauve on substitue des injections faites à grande eau avec une décoction de quinquina.

La suppuration continue à être très abondante. Le malade se plaint d'un peu de faiblesse, de céphalalgie, de coliques, d'inappétence; mais le pouls redevient calme et normal.

Peu à peu l'état général s'améliore; la suppuration diminue,

l'appétit reparait; le pus s'éclaircit, devient séro-sanguinolent; les ouvertures des incisions se resserrent, et la masse de la tumeur paraît subir une diminution sensible.

Au bout de six semaines, deux des incisions sont déjà cicatrisées, celles qui sont situées en arrière du scrotum. L'incision faite à la paroi antérieure donne encore une petite quantité de pus séreux. L'état général est excellent, le malade demande à aller chez lui achever sa guérison.

25 juin. Il sort. — Le scrotum est toujours un peu plus gros à gauche, les tissus offrent une résistance très grande; il y a là évidemment une transformation lardacée, et l'on peut espérer qu'avec le temps les tissus deviendront moins épais, moins durs, le scrotum se rapprochera des proportions normales.

Le liquide extrait de la tunique vaginale contenait beaucoup de cholestérine. — Il a été mis sous les yeux des membres de la Société.

L'état du malade s'est amélioré chaque jour davantage; et, après plus de six mois, au commencement de cette année, il a été revu, et le scrotum était à peine plus volumineux à gauche. Les tissus avaient repris leur souplesse.

OBSERVATION.

Exostose sous-unguéale du gros orteil du pied droit. — Excision. — Guérison.
Par le docteur Bauchet.

Dans le courant du mois d'avril 1853, est entrée dans le service de M. Velpeau une femme âgée de vingt-six ans.

Cette femme, d'une constitution assez faible, porte au gros orteil du pied droit une petite tumeur, dure, du volume d'un pois, sans changement de couleur à la peau, indolente spontanément, douloureuse à la pression et surtout à un choc rapide. Cette petite tumeur est placée à l'extrémité de l'orteil; elle fait saillie sur la face dorsale, au-dessous de l'ongle qui a été coupé, et paraît tenir à l'os de la phalange. Quand on cherche à l'ébranler, en la pinçant entre le pouce et l'index, on ne peut lui imprimer aucun mouvement qui ne se communique à toute la phalange. Son début date d'un an; sa marche a été lente, mais progressive. La malade a essayé d'abord de couper cette petite

tumeur ; depuis il est resté au sommet un petit ulcère qui se ferme et se rouvre tous les quinze jours, ou plutôt se rouvre après un choc et surtout par le frottement de la chaussure. Aujourd'hui cet ulcère est à peu près cicatrisé.

Le 20. On enlève cette petite tumeur à l'aide d'une serpette, et avec elle l'extrémité de la phalange ; un pansement simple est placé sur la plaie.

Le 21. La malade se plaint de douleurs violentes dans le pied, dont la couleur et la chaleur sont normales.

Le 22. On enlève le premier pansement : la plaie suppure un peu ; les parties sont saines autour de la plaie résultant de l'opération.

Les jours suivants un pansement simple est placé comme le premier jour.

La cicatrisation se fait sans accident, et la malade peut sortir guérie le 2 mai.

La pièce a été présentée à la Société anatomique. C'était bien une petite exostose recouverte de peau. On suivait bien les stries osseuses, qui se continuaient avec la phalange.

La malade ne s'est pas représentée à la clinique de M. Velpeau.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

XXIX^e ANNÉE.

Bulletin N° 7. — Juillet 1854.

RÉDIGÉ

PAR LE DOCTEUR BAUCHET, SECRÉTAIRE.

SOMMAIRE.

Extrait des procès-verbaux des séances de la Société.

1. Structure de la peau du nègre (cicatrices). — 2. Apoplexie pulmonaire. — 3. Absès multiples. — Infection purulente (plaie de tête). — 4. Ossification artérielle. — 5. Tumeur hypertrophique du sein. — 6. Tumeur cancéreuse du larynx. — 7. Tumeur épithéliale du plancher de la bouche. — 8. Résection du coude. — 9. Corps fibreux de l'utérus.

OBSERVATIONS : Deux observations de maladies du cœur, par M. le docteur Vulpian : 1° Rétrécissement de l'orifice aortique, dilatation et hypertrophie ventriculaire, etc. 2° Léger rétrécissement de l'orifice aortique, dilatation et ossification de l'aorte, etc. — Rapport de M. le docteur Charcot. — Utérus double, arrêt de la menstruation, etc., par M. Décès, interne des hôpitaux. — Rapport de M. Goupil, interne des hôpitaux.

PRÉSIDENCE DE M. CRUVEILHIER.

1. *M. Verneuil*, à propos de la communication de *M. Broca* sur la *structure de la peau du nègre* (rapportée dans le précédent bulletin, page 166), nous communique les réflexions suivantes : Comme *M. Broca*, il a étudié la peau du nègre. Pour lui, la peau de la plante du pied n'est pas dépourvue de pigment. On en trouve en effet dans les cellules épidermiques de la peau du

talon, lorsque l'on fait avec soin des coupes horizontales de l'épiderme si épais sur ce point. Seulement les cellules pigmentaires, au lieu de se montrer en quantité notable et serrées les unes contre les autres comme dans les autres points de la peau du nègre, seraient plus larges et surtout plus épaisses. En sorte que pour M. Verneuil, si la peau de la plante du pied n'offre pas la même coloration noire, cela tient moins à l'absence de la matière colorante qu'à l'épaisseur de l'épiderme et à la dissémination des cellules pigmentaires.

M. Verneuil ajoute qu'il considère comme très difficile d'admettre la reproduction du tissu cutané dans les cicatrices, et il ne voudrait pas pour cela, comme l'a fait M. Broca, s'appuyer sur la simple constatation de l'existence de papilles dans une cicatrice linéaire occupant la face dorsale de la main, c'est-à-dire un point où les papilles sont très difficiles à voir à cause de leur écartement.

On ne pourrait pas non plus s'appuyer sur la présence de glandes, car d'une part la peau peut être détruite en totalité sans que toutes les glandes sudoripares, qui sont placées dans le tissu cellulaire sous-cutané, aient pour cela disparu. De plus, dans les grandes cicatrices comme à la suite de brûlures, il se peut qu'un ou plusieurs îlots de tissu cutané aient été çà et là conservés; en sorte qu'après la guérison, ces îlots, entourés par le tissu de cicatrice, pouvant renfermer quelques glandes, quelques poils, donneraient lieu à des interprétations erronées. Pour admettre l'idée de M. Broca, il faudrait des observations nouvelles et plus concluantes. Pour lui, jusqu'à ce jour, le seul exemple authentique de régénération glandulaire est celui que présente la muqueuse utérine.

Une discussion s'engage entre MM. Verneuil et Blot, au sujet de la régénération de la muqueuse; M. Blot considérant le travail qui suit la chute de la caduque comme une réparation partielle de la muqueuse et non comme une reproduction de cette membrane dans toute son épaisseur, dernière opinion à laquelle se rattache M. Verneuil, qui établit qu'en tout cas elle est au moins évidente pour toute la portion de la face interne de l'utérus qui correspond au placenta.

M. Broca, reproduisant en partie les arguments qu'il avait déjà donnés dans la précédente séance, dit que les papilles de la peau

sont rendues évidentes à la face dorsale de la main, par la présence du pigment, et que, quelle que soit la profondeur de la cicatrice, du moment que le derme est atteint, en admettant qu'il ne le soit pas dans toute son épaisseur, il faut au moins qu'il soit détruit dans ses parties les plus superficielles, et que par conséquent les papilles soient abrasées; d'où il conclut que si l'on retrouve des papilles, il faut qu'elles aient été reproduites. La discussion est close après une remarque de *M. Boullard*, qui insiste sur le peu de largeur de la cicatrice, linéaire presque partout, et offrant à peine 2 millimètres, et non 4, dans un point très circonscrit, et une observation de *M. Cruveilhier*, qui rappelle, ainsi que l'avait indiqué déjà *M. Boullard*, que *M. Broca* ne semble tenir aucun compte du resserrement du derme par l'effet de la rétraction du tissu cicatriciel. Les conclusions de *M. Cruveilhier* sont que pour lui, jusqu'à ce jour, le tissu cellulaire seul et ses dérivés peuvent se reproduire; de nouveaux faits plus probant seraient nécessaires pour établir l'opinion de *M. Broca*.

2. *M. Tarnier* montre un fragment du lobe inférieur du poumon droit, dans le tissu duquel on a trouvé deux noyaux formés, l'un par une certaine quantité de sang noirâtre, l'autre par un tissu blanchâtre induré. Le malade sur lequel ces pièces ont été recueillies était atteint d'un rhumatisme articulaire aigu, avec une insuffisance aortique.

On a recherché avec soin les traces de concrétions tuberculeuses; mais on n'en a trouvé aucune dans les poumons, les ganglions bronchiques seuls étaient tuberculeux.

Suivant *M. Béhier*, dans le service duquel le malade a succombé, le dépôt blanchâtre serait un simple dépôt, une concrétion fibrineuse.

M. Foucher considère que cette pièce est un exemple des dépôts qui se forment à la suite d'anciens foyers sanguins. — *M. Isambert* appuie cette manière de voir, et dit avoir présenté à *M. Robin* une pièce analogue recueillie sur le corps d'un enfant. Cet observateur a considéré le fait comme un exemple d'un foyer sanguin autour duquel s'était faite une induration chronique, une carnification du tissu pulmonaire. *M. Robin* est très porté à admettre une liaison intime entre les lésions de cette nature et les affections du cœur.

3. *M. Lorain* présente plusieurs pièces.

1° *Le bras et la jambe* d'un enfant nouveau-né, mort d'une *péritonite purulente*, chez lequel on a trouvé du pus dans une articulation métacarpo-phalangienne et dans un genou. *M. Lorain* en conclut que cet enfant est mort d'infection purulente, ce qui ne serait pas rare, suivant lui, chez les nouveau-nés. Il a examiné les veines, les poumons, le foie, et n'y a pas trouvé de pus, il a reconnu des traces d'artérite de l'artère ombilicale.

M. Broca fait observer qu'à ses yeux un cas de cette nature dans lequel on ne trouve ni phlébite, ni abcès métastatique dans les poumons, dans le foie, n'est pas probablement une infection purulente, mais un exemple d'abcès multiples, un cas de diathèse purulente.

2° *M. Lorain* présente la *voûte du crâne* d'un individu qui, à la suite d'une chute sur la tête, entra à l'hôpital pour une plaie avec décollement des téguments crâniens. A la suite d'une suppuration assez longue, le malade fut pris de frissons, et succomba avec le cortège de symptômes qui accompagnent l'*infection purulente*. Cette pièce semble venir tout exprès pour appuyer l'opinion formulée par *M. Broca*. On trouva du pus dans les os du crâne, dans le sinus longitudinal supérieur, dans le bassin, et des abcès, de petits foyers dans les poumons.

4. *M. Duclos* montre un exemple d'*ossification artérielle* presque générale, coïncidant avec une phlébite de la veine fémorale qui, ainsi que le cœur, contenait des caillots fibrineux. Sur le même sujet, on trouva une tumeur fibro-plastique de la petite courbure de l'estomac, observée par *M. Dufour*.

5. *M. Marcé* met sous les yeux des membres de la Société une tumeur *hypertrophique du sein droit* ayant atteint le volume d'une tête d'adulte, opérée par *M. Velpeau*.

La malade est âgée de vingt-trois ans; le sein a commencé à se développer d'une manière uniforme, il y a trois ans et demi, au milieu d'une grossesse. L'accouchement se fit à terme et d'une manière heureuse, toutefois elle ne put nourrir de ce côté, car il se forma un abcès que l'on ouvrit en trois ou quatre endroits différents.

Le volume du sein resta dès lors stationnaire.

Survint bientôt une seconde grossesse, pendant laquelle l'augmentation du volume du sein se fit de nouveau remarquer; en

peu de mois il acquit le volume qu'il présente en ce moment; depuis l'accouchement, qui s'est fait heureusement il y a quatre mois, pas de changement dans l'état de la malade.

La tumeur, dont le pédicule fut cerné par deux incisions semi-lunaires, s'enleva avec la plus grande facilité; seulement, en la séparant des parties profondes, on arriva au milieu d'un tissu glanduleux tout à fait analogue à la glande mammaire à l'état normal.

Elle est à peu près uniformément arrondie; la peau qui la recouvre est sillonnée de vergetures et de traînées pigmentaires dues probablement aux grossesses antécédentes; le mamelon n'est plus à la partie moyenne, mais tout à fait au niveau du bord inférieur du sein.

La circonférence de la tumeur est de 50 centimètres au niveau de sa partie moyenne; le pédicule n'a que 40 centimètres. Son poids, immédiatement après l'opération, fut trouvé de quatre livres et demie.

En disséquant la peau qui la recouvre, on constate qu'elle lui est unie par du tissu cellulaire très lâche et très mobile, sauf au niveau des cicatrices d'abcès où les adhérences sont plus intimes. On voit du reste qu'elle est très distinctement lobulée et qu'avec un peu de soin, il devient facile de séparer ces lobules les uns des autres; en un point, un peu en dehors et en bas, on retrouve d'une manière distincte des grains glanduleux appartenant à la glande mammaire saine; il n'existe pas d'adhérences entre cette portion saine, qui du reste est très peu considérable, et la portion hypertrophiée. Serait-ce donc là, non une hypertrophie mammaire, mais une tumeur *adénoïde*? On pourrait admettre cette seconde opinion; n'oublions pas toutefois que les hypertrophies, lorsqu'elles sont considérables, finissent par s'isoler complètement des tissus sains, en perdant leur pédicule, qui s'atrophie.

Plusieurs coupes sont pratiquées selon le grand diamètre de la tumeur: sur toutes on voit distinctement les lobes réunis par du tissu fibreux assez abondant; le tissu est blanc, rénitent, élastique, il ne se laisse pas écraser par la pression du doigt, et l'on n'en fait suinter qu'un liquide visqueux analogue à la synovie. — Sur quelques-unes, on rencontre, nichées au milieu du tissu glandulaire, des masses blanchâtres dont quelques-unes atteignent le volume d'une petite noix: elles sont molles, onctueuses

au toucher, solubles dans l'eau, et offrent tous les caractères physiques du caséum.

L'examen microscopique n'a fait découvrir autre chose que des culs-de-sac glandulaires et des globules graisseux en grande abondance.

6. *M. Barth* montre une *tumeur cancéreuse du larynx* ayant déterminé l'asphyxie.

Le malade qui a présenté cette altération était âgé de soixante-douze ans ; bien constitué, mais amaigri ; bien portant avant sa maladie actuelle. Elle a débuté, sans cause connue, il y a douze à quinze mois. — Symptômes plus prononcés depuis neuf mois. — Toux fatigante, suivie plus tard d'un peu de douleur au cou ; gêne de la respiration, qui devient bruyante ; voix rauque. — Accroissement de ces phénomènes.

Entré à Beaujon le 26 mars 1854, salle Saint-Louis, n° 29.

Le 27 au matin. Amaigri, sans aspect cachectique, sans teinte jaune, ni bouffissure, ni œdème des pieds.

Le phénomène le plus apparent est une respiration bruyante à distance, sifflante, rauque.

Dyspnée considérable dont le malade place le siège au devant du cou. — Toux bruyante, rauque, fréquente, pénible. — Expectoration abondante de crachats muqueux, gluants. — Poitrine amaigrie sans dépressions caractéristiques. — *Percussion* : Pas de différence évidente d'un côté à l'autre au sommet.

Auscultation : *bruit respiratoire vésiculaire notablement affaibli* dans toute l'étendue de la poitrine.

L'oreille distingue en outre le bruit laryngé, dont le retentissement se propage dans la poitrine, en diminuant d'intensité à mesure qu'on s'éloigne des parties supérieures.

Pas de râles ; pas de craquements au sommet.

Auscultation du larynx : bruit très rude dans l'inspiration et dans l'expiration.

Inspection de la gorge : pas d'œdème notable, pas de traces d'ulcération, pas de cicatrices.

Pas de taches ni de cicatrices sur la peau. —

Diagnostic : *affection chronique du larynx avec rétrécissement.*

Et de quelle nature est cette affection ?

Est-ce un œdème aigu ? — C'était une maladie à marche

chronique, — pas de fièvre, pas d'œdème visible à la gorge ni sensible au doigt, pas de différence très notable entre l'inspiration et l'expiration.

Est-ce un œdème chronique? symptomatique de quoi?

D'une ulcération avec gonflement? de végétations?

De végétations tuberculeuses ou syphilitiques?

De végétations tuberculeuses? Mais il n'y a pas de rhumes fréquents, pas d'hémoptysies, pas de crachats opaques, pesants (*ils surnagent*); pas de sueurs, pas de conditions héréditaires; aucun signe d'auscultation, matité, ni craquement.

De végétations syphilitiques? On trouve dans les antécédents une blennorrhagie, il y a quarante ans, traitée par des pilules. Mais il n'y a pas de taches cuivrées, aucun symptôme constitutionnel; pas de cicatrices à la verge, à la peau; *pas d'ulcérations, pas de cicatrices à la gorge*; pas de raisons suffisantes, par conséquent, pour se prononcer pour l'une ou l'autre des lésions précitées.

S'agirait-il là d'une de ces lésions exceptionnelles, comme on en trouve de rares exemples?

De polypes?

D'une hypertrophie des cordes vocales inférieures?

Nous restons dans le doute sur la nature, mais nous ne doutons pas d'une lésion avec rétrécissement, et croyons que la trachéotomie peut devenir nécessaire. Tisane pectorale, vomitif, vésicatoire entre les épaules.

Pas de soulagement. Persistance des symptômes précités, accroissement de la dyspnée.

Le 31 mars au matin, dyspnée extrême, orthopnée, respiration très bruyante.

Absence de bruit vésiculaire. L'asphyxie nous semble imminente; d'autres ne partagent pas notre avis, parce qu'il n'y a pas de cyanose, pas de dilatations des veines du cou et de la tête.

Vésicatoire autour du cou, sinapismes sur les membres.

Journée pénible. Nuit, sentiment de suffocation. Mort le 1^{er} avril, à huit heures du matin.

Autopsie le 2 avril. *Cou*: un peu d'infiltration séreuse et très légèrement séro-purulente.

Larynx: tumeur cancéreuse.

De la grosseur d'une petite noisette, tumeur bien nettement

cancéreuse, développée au niveau de la corde vocale supérieure. En cet endroit le larynx est extrêmement rétréci.

Pas de tubercules dans les *poumons*.

Ce fait est certainement fort rare. C'est un exemple bien remarquable de la diminution du murmure vésiculaire dans les affections du larynx : signe important pour le diagnostic, de même que l'absence complète d'ulcère dans le fond de la gorge.

De l'examen de la pièce il ressort que le malade était atteint d'une affection incurable, et à cause de sa nature, et à cause de son siège ; mais que la trachéotomie était parfaitement indiquée, et que cette opération eût, sans nul doute, prolongé l'existence du malade. Tel était l'avis de M. Barth, avis qui n'a pas été partagé par le chirurgien que M. Barth avait consulté.

M. *Bauchet* a présenté à la Société, il y a trois ans, une *tumeur du larynx* aussi fort remarquable et *fibro-plastique*. Elle était bien pédiculée, de la grosseur d'une petite noisette et implantée sur une des deux cordes vocales supérieures. Le malade était fréquemment menacé d'asphyxie ; il entre à l'hôpital de la Clinique. Une nuit, il fut pris d'un accès de suffocation ; quand l'interne arriva, le malade était mort. Dans ce cas encore, la trachéotomie eût sauvé le malade, bien plus sûrement peut-être que celui de M. Barth, à cause de la nature et de la forme de la tumeur. M. *Bauchet* ne doute pas que l'extirpation en eût été praticable, si l'on eût porté un diagnostic précis. Il voudrait, pour des cas semblables, que l'on se décidât plus facilement à trachéotomiser.

La présentation de M. Barth est des plus intéressantes. On consultera avec fruit, pour les affections du larynx, le diagnostic parfaitement raisonné qui a été porté par cet habile observateur.

7. M. *Parmentier* présente, au nom de M. *Demarquay* et au sien : 1° Une *tumeur épithéliale du plancher de la bouche* ayant débuté probablement par le périoste alvéolo-dentaire, et qui a nécessité la résection de la partie moyenne du maxillaire inférieur, opération qui a été pratiquée, samedi 8 juillet, par M. le docteur *Demarquay*, à la maison de santé.

Le malade qui avait cette tumeur fait remonter le début de sa maladie à sept mois. Il y a cinq mois, il se fit arracher six dents à la mâchoire inférieure, uniquement, dit-il, parce qu'elles

remuaient et ne pouvaient lui servir depuis près de deux mois ; elles ne le faisaient nullement souffrir. Bientôt sa parole devint embarrassée ; il s'aperçut, il y a un mois et demi, qu'il avait une tumeur située à la partie inférieure de la bouche, tumeur dans laquelle il ressentait quelques picotements qui prirent un certain accroissement. Il entra alors à la maison de santé dans l'état suivant : Constitution nullement altérée, mastication et prononciation difficile, toutes les autres fonctions se font bien. Le malade, âgé de cinquante-quatre ans, est cultivateur, a une constitution robuste, est d'un tempérament sanguin ; dans sa famille, personne n'a été atteint d'affection organique, à l'exception peut-être de son père, qui serait mort à l'âge de soixante et un ans d'une maladie du foie, durant laquelle il serait devenu très jaune.

La paroi inférieure de la bouche est envahie par une tumeur dure, résistante, qui fait corps avec la partie moyenne de la mâchoire inférieure. Elle s'étend en arrière jusqu'au niveau de l'avant-dernière molaire, à droite et à gauche.

Elle semble avoir envahi toute l'épaisseur du plancher buccal dans cette étendue, à l'exception de la peau, qui est parfaitement libre et peut glisser aisément sur la tumeur. Les incisives, une dent canine et une petite molaire du côté gauche ont été arrachées, et à leur place existe des fongosités rougeâtres qui se prolongent en avant jusqu'au sillon labio-gingival.

La canine remue très fort ; la deuxième petite molaire et la première grosse molaire sont dans le même cas.

La lèvre inférieure n'a subi aucune altération. Vue dans la bouche, cette tumeur est d'une couleur rougeâtre et présente quelques dépressions, quelques saillies. Elle ne saigne jamais.

A part quelques picotements, elle n'est nullement douloureuse, soit spontanément, soit à la pression. Un ganglion sous-maxillaire, situé à droite, est engorgé, dur, mais peu volumineux.

Le 8 juillet, M. Demarquay pratique la résection du maxillaire inférieur. Pour cela il fait une incision sur la ligne médiane depuis le bord libre de la lèvre inférieure jusqu'à l'os hyoïde ; cette incision est d'autant moins profonde que l'on se rapproche davantage de l'os hyoïde : elle a 10 centimètres d'étendue. Les lambeaux sont disséqués avec soin et portés en dehors et en arrière ; on isole le maxillaire inférieur suffisamment pour pou-

voir passer la scie à chaîne. A gauche une molaire est arrachée, et à droite deux sont extraites, afin de pouvoir pratiquer la section de l'os avec la scie à chaîne, temps qui s'accomplit aisément à gauche ; mais à droite la scie à chaîne se casse ; on glisse alors la sonde à résection de Blandin, et l'on achève la section de l'os avec une petite scie à main.

Une anse de fil est passée dans la langue, près de sa pointe, et est confiée à un aide qui maintient la langue en avant et en haut, tandis que le chirurgien achève la dissection de la tumeur, qu'il sépare totalement en coupant tous les muscles qui entrent dans la composition du plancher de la bouche. La tumeur étant enlevée, on aperçoit deux faisceaux musculaires qui se dirigent en dehors et en arrière, et vont s'unir sur la partie restante du maxillaire inférieur de chaque côté : ce sont les débris du mylo-hyoïdien. On lie les artères qui donnent du sang, et, pendant ce temps, l'aide qui maintient la langue cessant de l'attirer fortement en haut et en avant, elle tend à se porter en arrière ; le malade s'agite un peu, ne pouvant suffisamment respirer, mais aussitôt on attire la langue et tout se calme. On enlève alors le ganglion situé au devant de la glande sous-maxillaire et une portion de cette glande elle-même. L'artère faciale, coupée pendant cette opération est liée immédiatement.

Un fil est passé à la base de la langue, et les lambeaux sont réunis à l'aide de huit épingles. On passe entre la sixième et la septième épingle les deux chefs d'un fil passé à la base de la langue, on enroule autour des épingles un fil double et plat, on noue sur un rouleau de diachylon les deux chefs du fil destinés à maintenir la langue, et l'on enlève celui qui avait traversé la pointe de cet organe.

La partie inférieure de la plaie n'a pas été réunie, afin que les liquides sécrétés à la surface de la plaie pussent facilement s'écouler au dehors.

La tumeur enlevée présente les caractères suivants :

Vu par sa face antérieure, le corps de l'os est sain sur les parties latérales, mais à la partie moyenne le bord alvéolaire a été totalement détruit par la tumeur dont le tissu est solidement implanté sur l'os et semble faire corps avec lui.

De la destruction du bord de cet os résulte une échancrure se prolongeant plus à gauche, où elle s'étend jusqu'au

niveau du trou mentonnier, qu'à droite, où elle atteint jusqu'à la dent canine, qui, bien que restant en place, est fortement ébranlée; la petite molaire de ce côté est restée en place et fixée d'une manière assez solide. La partie la plus profonde de cette échancrure s'étend jusqu'à la partie moyenne de l'os.

L'os maxillaire inférieur, divisé par un trait de scie longitudinal à un centimètre au-dessus de son bord inférieur, laisse voir son tissu parfaitement sain. Un fragment détaché au niveau de l'échancrure décrite précédemment ne présente aucune altération.

En arrière de l'os, on voit que la muqueuse buccale a complètement disparu; le tissu gingival est détruit entièrement du côté gauche, où il en reste une petite partie protégeant les deux dents qui restent de ce côté. On voit aussi que la tumeur se prolongeait jusqu'au-dessous de la face inférieure de la langue et à un centimètre de haut. De chaque côté de la tumeur on remarque la section de l'os parfaitement sain.

La tumeur, examinée au microscope, a présenté tous les caractères des *tumeurs épithéliales*.

Le premier jour on fit boire le malade avec un biberon à long col; mais comme une partie du liquide s'écoulait par la partie inférieure de la plaie et qu'une petite quantité pénétrait dans les voies aériennes à cause de la gêne de la déglutition, on se servit, les jours suivants, d'une sonde œsophagienne pour injecter matin et soir dans l'estomac du bouillon et de la limonade vineuse, après avoir bien nettoyé la bouche à l'aide d'une sorte d'irrigation d'eau tiède. Le malade est aujourd'hui dans un état satisfaisant: le fil de la base de la langue a été enlevé le 12 juillet et les épingles le 15; on a constaté que les mouvements de la langue commençaient à se rétablir et que la déglutition s'opérait assez aisément.

2° *L'extrémité inférieure d'un humérus et la partie supérieure d'un radius et d'un cubitus* provenant d'une résection du coude pratiquée sur un homme de cinquante-deux ans, atteint depuis quatorze mois d'une *tumeur blanche* de cette articulation.

On remarque sur cette pièce de nombreuses fongosités sur la synoviale de l'articulation huméro-cubitale et sur celle de l'articulation radio-cubitale.

Les portions d'os réséquées sont remarquables par la dilatation de leurs canalicules osseux; le bord interne de l'humérus pré-

sente une perte de substance; avant l'opération on avait reconnu avec un stylet que l'os était dénudé en ce point.

Pendant l'opération, on remarqua que le périoste se détachait très aisément des os, surtout à la partie interne de l'humérus et du cubitus, circonstance qui a été utilisée; pour être sûr de ne pas blesser le nerf cubital, on laissa dans la plaie la partie du périoste qui est en rapport avec lui.

Les personnes présentes à l'opération ont pu constater la difficulté qu'on aurait eu à respecter complètement le nerf cubital au milieu des tissus lardacés et fongueux qui entouraient l'articulation.

3° *Un corps fibreux de l'utérus*, enlevé sur une femme âgée de cinquante et un ans.

Cette tumeur a 23 centimètres de circonférence dans un sens et 26 dans l'autre.

Elle était située entre la muqueuse et le tissu propre de l'utérus. La malade, habituellement bien réglée depuis l'âge de treize ans, a eu trois enfants et une fausse couche; elle a été traitée en 1833, puis en 1844, pour un engorgement de l'utérus; depuis cette époque elle éprouve des douleurs de reins, des lassitudes, des pesanteurs au bas-ventre, de la constipation, mais la miction est facile.

Les symptômes se sont aggravés depuis 1850, époque à laquelle la malade a eu une perte considérable qui a duré quinze jours, et qui s'est renouvelée en 1853, il y a neuf mois. Depuis, la malade a perdu encore plusieurs fois du sang et s'est décidée à se faire débarrasser de sa tumeur.

Par le toucher on constate sur la partie latérale droite du col de l'utérus une tumeur qui fait saillie entre les lèvres du museau de tanche et dans le vagin; on circonscrit avec le doigt une certaine étendue de la tumeur, mais ne pouvant sentir l'utérus à l'hypogastre à travers les parois abdominales, à cause de leur grande épaisseur, on ne peut savoir si la tumeur se prolonge bien loin en arrière.

Le 12 juillet, M. Demarquay pratique l'extirpation de la tumeur. A cet effet, ayant implanté un pince à griffe sur chaque lèvre du col, il abaisse la matrice, incise la muqueuse utérine, et avec son doigt et des spatules il dissèque la tumeur; mais

alors, reconnaissant que son volume est considérable, il l'attire avec des érignes et prend le parti de la sectionner de manière à la dérouler, pour ainsi dire, et à la faire passer aisément par l'ouverture du vagin et de la vulve.

Après l'opération, des compresses d'eau froide, puis des cataplasmes furent appliqués sur le ventre, qui fut serré par un bandeau de corps. Les jours suivants, des boissons adoucissantes, des bains et des lavements émollients furent administrés, et la malade est aujourd'hui dans un état très satisfaisant. Un simple suintement sanguin a eu lieu les premiers jours qui suivirent l'opération.

OBSERVATION.

Double hydrothorax. — Œdème des membres inférieurs. — Dilatation du ventricule gauche avec légère hypertrophie des parois. — Rétrécissement très prononcé de l'orifice aortique avec ossification des valvules sigmoïdes. (*Battements du cœur très obscurs à la palpation et à l'auscultation. — Pouls presque insensible et intermittent. — Bruit de souffle à la base et au premier temps, très peu marqué, etc., etc.*) — Par le docteur Vulpian.

Coron, soixante-quatre ans, cocher. Entré le 21 juin 1854, mort le 17 juillet. Hôpital de la Charité, salle Saint-Charles, n° 7.

Cet homme, d'une constitution assez vigoureuse, n'a présenté avant la maladie qui l'amène à l'hôpital d'autres affections qu'un rhumatisme articulaire non généralisé, il y a quelques années, maladie pour laquelle il n'a pas été soigné, et un chancre suivi d'éruption, il y a quinze ans environ. Il n'a jamais craché de sang. Il est adonné aux boissons alcooliques. En septembre 1853, il conduisait sa voiture, lorsqu'il fut pris tout à coup d'une oppression considérable qui dura un quart d'heure ou une demi-heure, mais qui ne l'empêcha pas de continuer sa route. Cette oppression fit place à une légère difficulté de la respiration qui ne le quitta plus. En mars dernier, il se rend à l'hôpital Beaujon pour une luxation de l'épaule. Il y resta environ un mois, et quelques jours avant d'en sortir il éprouva un nouvel accès de dyspnée à partir duquel son oppression ordinaire augmenta beaucoup. Il se rend bientôt à l'Hôtel-Dieu, où il est resté environ un mois. Quand il en sortit, ses jambes n'étaient pas encore enflées. Elles n'ont commencé à se gonfler qu'il y a environ un mois, pendant son séjour à la campagne.

22 juin. Lors de son entrée à l'hôpital, le malade se présente dans l'état suivant : Orthopnée, extrémités froides et cyanosées, anasarque des membres inférieurs ; pas d'œdème des mains ni de la face, pas d'ascite ; teinte jaunâtre de la peau, mais pas d'ictère ; urines foncées, non albumineuses. Matité absolue dans presque toute l'étendue des deux côtés du thorax en arrière, surtout à droite ; sonorité à peu près normale sous les deux clavicules ; à 6 centimètres au-dessous des clavicules la matité reparaît et elle s'étend, à droite, jusqu'à la région du foie où elle se continue sans démarcation ; à gauche, jusqu'à la partie inférieure du thorax. Par l'auscultation, on constate en arrière l'absence de la respiration dans toute la partie inférieure des deux côtés, mais en même temps on perçoit un souffle profond et très obscur. La respiration ne s'entend un peu qu'au niveau des fosses sus-épineuses ; il n'y a pas d'égophonie, à proprement dire, il y a comme un bredouillement de la voix. En avant, sous les clavicules, quelques râles sous-muqueux, respiration rude ; même caractère de la voix qu'en arrière. Le foie et la rate ne paraissent pas repoussés en bas par les épanchements intrapleuraux ; matité très marquée de la région précordiale, se confondant latéralement avec la matité de l'épanchement du côté gauche et ayant à peu près les mêmes caractères ; d'ailleurs cette matité ne s'étend pas vers la ligne médiane, de façon que la région sous-sternale est assez sonore. La main appuyée sur la poitrine ne perçoit pas l'impulsion cardiaque ; celle-ci n'est appréciable qu'au-dessous de l'appendice xiphoïde, dans le creux épigastrique, et encore y est-elle très faible.

A l'auscultation, les battements du cœur sont profonds, comme éloignés et extrêmement sourds. Vers la base, on entend un léger et doux bruit de souffle au premier temps ; le deuxième temps est à peine sensible. Vers la pointe, le souffle du premier temps s'entend encore, mais bien plus faiblement qu'à la base. Il n'y a pas de voussure de la région précordiale ; il n'y a point non plus latéralement de saillie des espaces intercostaux. Aucun bruit de souffle dans les vaisseaux du cou.

Le diagnostic reste douteux. On pense que le malade est peut-être atteint d'une péricardite chronique avec un épanchement peu abondant dans le péricarde et une dilatation du cœur, ou bien d'une adhérence générale du péricarde, suite de péricar-

dite, et accompagnée aussi d'une dilatation des cavités cardiaques. Peut-être y a-t-il une lésion valvulaire? En tout cas, on rattache l'œdème des membres et le double hydrothorax à l'affection du cœur quelle qu'elle soit.

Prescription :

| | |
|--|------------|
| Scammonée | 1 gramme. |
| Julep avec extrait de stramonium | 0,75 — |
| Digitaline | 1 granule. |

24 juin. Le malade, sous l'influence de la scammonée dont l'administration a été répétée deux fois, a eu plusieurs selles, trois ou quatre par jour. On cesse son usage, parce que les selles deviennent très copieuses et que l'épidémie cholérique sévit dans l'hôpital. On se borne à l'usage de la digitaline et du stramonium.

25. Insomnie, anxiété ; orthopnée, irrégularité des battements du cœur ; pouls insensible. Mêmes phénomènes à l'auscultation.

26. Même état. Le malade tombe par moments dans un état légèrement comateux.

28 Les selles deviennent blanchâtres et liquides ; pouls intermittent, faible, formicant, quatre-vingts pulsations irrégulières, trente-deux respirations irrégulières aussi.

2 juillet. Crachats sanglants, visqueux, adhérents au vase, d'un rouge brun. Rien dans la poitrine qui indique l'existence de noyaux d'apoplexie pulmonaire. Par moments, léger frémissement sensible à la main produit par l'impulsion cardiaque au niveau de la neuvième côte.

8 juillet. Le malade a continué, tous les jours précédents, à rendre des crachats sanglants. Il s'affaiblit de plus en plus. Le dévoiement est arrêté.

On trouve de l'albumine dans l'urine, qui, depuis le jour de l'entrée, n'a pas été examinée. L'albumine y est en moyenne quantité.

10. L'épanchement intra-thoracique paraît avoir diminué du côté gauche. Mais les symptômes de dyspnée persistent et même augmentent de jour en jour.

Mort le 16 juillet, à cinq heures du soir, dans un accès d'orthopnée considérable. Depuis plusieurs jours, le malade ne mangeait plus, il était presque toujours assis sur son lit, et il tombait de minute en minute dans un sommeil comateux.

Autopsie vingt-quatre heures après la mort. — Cœur volumineux, de forme globuleuse. Cette forme est surtout très prononcée dans la cavité ventriculaire gauche; la paroi interventriculaire est fortement repoussée dans le ventricule droit.

| | |
|--|---|
| Hauteur du ventricule gauche mesurée de la base des val- | |
| vules sigmoïdes à la pointe | 11 centim. |
| Largeur de ce ventricule à la partie moyenne. | 9 — |
| Épaisseur des parois de ce ventricule { | en arrière 4 — |
| | à la partie moyenne. { en avant 2 — |
| Épaisseur de la paroi ventriculaire droite | 4 millim. |
| Hauteur du cœur, face antérieure. | 12 centim. |

Les colonnes charnues sont aplaties, comme refoulées en dehors. Caillots de sang noir, volumineux, récents, distendant les deux ventricules et les deux oreillettes.

La substance charnue des parois du ventricule gauche a à la coupe une teinte un peu jaunâtre et se déchire facilement.

Les valvules auriculo-ventriculaires droites et gauches ne sont nullement altérées; il en est de même des valvules semi-lunaires.

Les *valvules sigmoïdes* de l'aorte sont complètement rigides, extrêmement épaissies, indurées, ossifiées, recoquillées et presque immobiles. Deux d'entre elles sont soudées par leurs bords correspondants, de telle sorte qu'on pourrait croire qu'il n'y a que deux valvules, si une saillie verticale ne montrait les vestiges de leurs bords réunis.

Les deux valvules qui sont soudées entre elles n'occupent pas plus d'espace que la valvule unique. Celle-ci présente un bord libre concave, et les deux valvules soudées un bord convexe; entre ces deux bords se trouve une fente en forme de boutonnière semi-lunaire qui n'a pas plus de 2 millimètres de large sur 2 centimètres de long. Ce sont les bords libres qui sont épaissis, boursofflés et recoquillés.

Il y a donc un rétrécissement très marqué, mais il n'y a pas d'insuffisance, à cause de l'étroitesse de la fente intervalvulaire que le peu de jeu qui persiste dans les valvules suffit à fermer.

L'aorte n'est ni ossifiée ni dilatée; à peine quelques plaques jaunâtres sans induration çà et là, à un pouce ou deux au-dessus des valvules aortiques.

Le *péricarde* contient environ 200 grammes de liquide citrin limpide.

Les deux *plèvres*, surtout la droite, sont distendues par une grande quantité de liquide citrin limpide. Il n'y a pas de fausses membranes, mais seulement dans la cavité pleurale droite quelques filaments comme gélatineux, allant du feuillet pariétal au feuillet viscéral.

Les *poumons* sont refoulés contre la colonne vertébrale. Dans le poumon gauche, le lobe inférieur, près du bord antérieur, offre un noyau du volume d'une grosse noisette, blanc, friable, énucléable, d'apparence fibrineuse, faisant saillie sous la séreuse; c'est probablement le vestige d'une apoplexie pulmonaire.

Il n'y a pas de liquide dans le *péritoine*.

Le *foie* a son volume normal, il présente l'aspect décrit sous le nom de *foie-muscade*. — *Rate* normale.

Les *reins* ont leur volume normal : la substance corticale est épaisse, friable et très injectée ; la substance tubuleuse est un peu atrophiée ; on peut rapporter les lésions trouvées dans les reins au premier degré de la maladie de Bright.

OBSERVATION.

Induration des valvules sigmoïdes produisant un léger rétrécissement sans insuffisance de l'orifice aortique. — Dilatation et ossification très prononcées de l'origine de l'aorte. — Œdème des membres inférieurs. — Albuminurie. — Péricardite sèche. — Hypertrophie du cœur (*signes très marqués d'insuffisance aortique*). — Par le docteur Vulpian.

Lasalle Jean-Baptiste, soixante et un ans, scieur de pierres, ancien trompette de cavalerie. Entré à la Charité, salle Saint-Charles, n° 19, le 26 juin 1854, il meurt le 19 juillet.

Cet homme n'a jamais fait abus des boissons alcooliques. Il a été d'une forte constitution. Il a eu la rongeoie dans son enfance, jamais de rhumatismes ; cinq fluxions de poitrine : la dernière date de douze ans, et il se rappelle avoir été saigné trois fois pendant cette maladie. Depuis cette époque, il est toujours essoufflé quand il marche ; ses jambes enflent de temps en temps et il a aussi parfois des crachements de sang. Il y a vingt mois,

une de ces hémoptysies fut assez opiniâtre pour nécessiter une saignée. Il ne travaille plus et garde constamment le lit depuis huit mois.

État du malade le jour de son entrée à l'hôpital. — Maigreur générale; gonflement des membres inférieurs par infiltration séreuse, un peu d'œdème de la face et des mains; pas d'ascite; teinte jaune cérouse des téguments, mais les pommettes sont rouges; dyspnée considérable, sans orthopnée; plaintes continues excitées par l'oppression.

Par la percussion, on trouve la résonnance des deux côtés de la poitrine normale partout. Ça et là on trouve par l'auscultation quelques râles sibilants, ronflants et muqueux; cœur très volumineux; matité étendue avec résistance très grande sous le doigt, impulsion forte de la pointe; pas de frémissement cataire.

Auscultation du cœur. — Souffle râpeux au premier temps, au niveau de la troisième côte gauche, bref; souffle au deuxième temps au même niveau, un peu moins intense, mais de même ton et râpeux; se prolongeant jusqu'au moment où commence le premier souffle. Ce bruit de va-et-vient est très prononcé, très net, et se prolonge dans les vaisseaux du cou.

On trouve dans l'urine une quantité assez considérable d'albumine.

Le 28. A ce bruit de va-et-vient se mêle un bruit de cuir neuf très marqué, s'entendant surtout vers le milieu de la hauteur du cœur et aux deux temps, superficiel, produit certainement par une péricardite; de temps en temps quelques palpitations; pouls plein, dur, bondissant; il disparaît immédiatement après avoir soulevé le doigt, comme si l'on pratiquait une aspiration du sang dans les artères; les artères radiales ne paraissent pas ossifiées.

Le bruit de frottement cesse au bout de quatre ou cinq jours sous l'influence de l'application de sangsues, puis d'un vésicatoire à la région précordiale. Il ne reste aucun signe d'épanchement séreux dans le péricarde; l'oppression n'en persiste pas moins, elle augmente au contraire de jour en jour. On a traité ce malade d'abord par les purgatifs, puis par la digitaline seule. Deux jours avant la mort du malade, l'urine examinée ne contient plus d'albumine. Le malade, dans ces deux jours, tombe dans le coma avec subdélirium et meurt dans cet état.

Autopsie après trente-trois heures. — Cœur très volumineux ; trois grandes plaques blanches, laiteuses, sur la face antérieure du feuillet viscéral du péricarde. Une de ces plaques est très large et enveloppe une grande partie de la base du cœur ; pas de liquide dans le péricarde.

| | | | |
|---|---|-------------------|------------|
| Face antérieure du cœur. | { | Hauteur | 43 centim. |
| | | Largeur | 8 — |
| Hauteur de la cavité ventriculaire gauche, de la base des valvules aortiques à la pointe du cœur. | | 12 | — |
| Épaisseur de la paroi du ventricule gauche en avant et à gauche | | 2 | — |
| Épaisseur de la paroi du ventricule droit. | | 6 | millim. |

Le tissu musculaire du cœur est rouge et ferme.

Valvules aortiques. — En introduisant un doigt par le ventricule gauche, on sent que le pourtour des valvules, l'anneau aortique et la base des valvules sont ossifiés. Les ossifications sont çà et là des saillies tuberculeuses, rugueuses, dans le calibre du vaisseau ; mais les bords des valvules, dans la plus grande partie de leur étendue, sont simplement épais, blancs, opaques. Quand on verse de l'eau par l'aorte, les valvules viennent à la rencontre les unes des autres, et l'eau reste dans l'aorte sans passer dans le ventricule, même en pressant l'aorte de haut en bas ; il n'y a donc pas insuffisance. Le rétrécissement de l'orifice aortique n'est lui-même que peu marqué, car on peut introduire deux doigts dans cet orifice, mais avec peine.

Les *valvules mitrales* sont saines à leur bord libre ; en introduisant les doigts dans l'orifice par le ventricule, on voit que l'anneau est dur, résistant, ossifié, mais à peine rétréci. La base des valvules présente à leur point d'attache des tubérosités osseuses, dures, résistantes, saillantes du côté de la face ventriculaire des replis valvulaires.

La forme du ventricule gauche n'est pas globuleuse ; au contraire, c'est celle d'un arceau gothique ; les colonnes charnues sont volumineuses, saillantes.

L'*aorte*, à partir de son origine jusqu'à sa bifurcation en iliaques primitives, est épaissie, résistante, parsemée d'un très grand nombre de plaques osseuses, athéromateuses, dont plusieurs font des saillies notables dans le calibre du vaisseau ; elle est dilatée depuis son origine jusqu'au diaphragme. La dilatation ne com-

mence qu'au-dessus des valvules : le point où elle est le plus prononcée est au niveau de l'origine des gros troncs du cou et des bras. A ce niveau, la circonférence intérieure de l'aorte est de 41 centimètres et demi ; une autre aorte mesurée au même point n'a que 5 centimètres 2 millimètres de circonférence intérieure. C'est surtout la paroi supérieure et droite de l'aorte qui paraît avoir cédé et s'être élargie.

Il n'y a pas de liquide dans les cavités *pleurales*. On ne trouve pas non plus d'apoplexie pulmonaire, mais le *poumon* droit est le siège d'une *hépatisation* rouge très étendue, il est de plus adhérent.

Rate petite et dure.

Foie petit, *muscade*.

Reins petits, très rouges, très congestionnés.

Estomac et intestins : teinte rouge violacée très prononcée du tissu cellulaire sous-muqueux, par suite de congestion veineuse et capillaire.

Rapport de M. le docteur Charcot.

Les pièces qu'a montrées *M. Vulpian*, et les observations qu'il a émis offrent plusieurs points intéressants que je vais essayer de faire ressortir dans ce rapport. Il s'agit de deux cas de maladies du cœur ; mais avant d'entrer en matière, je crois devoir résumer en quelques mots les observations et les principaux résultats des autopsies.

L'une de ces observations contient l'histoire d'un malade âgé de soixante-quatre ans, ayant été atteint de rhumatisme articulaire subaigu quelques années avant son entrée à l'hôpital. Au moment où on le voit pour la première fois, il est malade depuis huit mois environ ; il n'a pas d'albuminurie ; on trouve les signes d'un double hydrothorax, une matité précordiale étendue et un très léger bruit de souffle au premier temps et à la base ; le pouls est faible ; il y a un peu d'œdème des membres inférieurs ; dyspnée orthopnéique, symptômes asphyxiques. Le malade meurt au bout d'un mois. Le diagnostic était resté douteux. Dans les derniers jours il y avait de l'albumine dans l'urine. A l'autopsie, outre le double hydrothorax, on trouve un cœur hypertrophié et dilaté, un rétrécissement aortique, et les parois ventriculaires

gauches ayant subi un commencement de dégénération graisseuse.

Dans la seconde observation, on voit un homme âgé de soixante et un ans, n'ayant pas eu d'autres maladies qu'une rougeole dans son enfance et cinq pneumonies, être atteint, à la suite de la dernière, qui date de douze ans, des premiers phénomènes de la maladie du cœur qui devait le faire succomber. Au moment de son entrée à l'hôpital, il y a huit mois qu'il ne quitte plus le lit : œdème des membres inférieurs, bouffissure de la face, dyspnée sans orthopnée, matité précordiale étendue, bruit de souffle double au niveau de la base du cœur et en remontant sur le trajet aortique, pouls bondissant, albumine dans l'urine ; il y a dans les premiers jours quelques signes de péricardite qui se dissipent bientôt. Le diagnostic est : rétrécissement avec insuffisance de l'orifice aortique, ossifications des valvules sigmoïdes, maladie de Bright. Le malade meurt au bout d'un mois des suites de ces diverses affections. A l'autopsie, on trouve les valvules sigmoïdes épaissies, opaques, ossifiées à leur base ; il n'y a qu'un faible rétrécissement et il n'y pas d'insuffisance ; plaques osseuses et athéromateuses dans les parois de l'aorte dans toute son étendue ; dilatation considérable de ce vaisseau au-dessus des valvules sigmoïdes et de toute sa crosse ; reins petits, très rouges, très congestionnés.

Tels sont les principaux traits des observations communiquées par M. Vulpian à l'appui des pièces qu'il a présentées.

Dans la première observation, on voit que le diagnostic est resté douteux, et cependant, à l'autopsie, on a trouvé des lésions les plus caractérisées.

L'orifice aortique était rétréci de façon à ne laisser libre qu'une fente de 2 centimètres de long sur 2 millimètres de large. Cette boutonnière offrait cela de particulier qu'elle était en forme de croissant et qu'il semblait n'y avoir pour la former que deux valvules sigmoïdes. Deux des valvules aortiques avaient en effet été soudées par leurs côtés voisins, et la trace de la réunion était accusée par une saillie assez marquée.

Comment se fait-il qu'une lésion aussi prononcée n'ait donné lieu pendant le séjour du malade à l'hôpital qu'à des signes stéthoscopiques aussi incertains que ceux qui ont été observés ? Il semble que dans ce cas on aurait dû entendre un souffle très rude, très fort, peut-être même musical.

Une circonstance, d'ailleurs, a empêché surtout d'affirmer l'existence d'un rétrécissement aortique, c'est le double hydrothorax dont le malade était aussi affecté. La matité de l'hydrothorax du côté gauche venait se confondre avec la matité précordiale, et pouvait par conséquent contribuer à rendre les bruits du cœur sourds et éloignés ; de plus, bien qu'on ne se rendît pas bien compte des causes des épanchements intra-pleuraux, il n'était pas impossible qu'une certaine quantité de sérosité se fût épanchée dans le péricarde. On avait, par ces suppositions, les moyens d'expliquer les différents phénomènes présentés par le malade sans avoir recours à l'idée d'une affection organique du cœur. Cependant on n'avait pas écarté cette idée d'une façon absolue.

Quand le malade est arrivé à l'hôpital, il offrait une dyspnée considérable avec orthopnée ; sa face était congestionnée, ses veines jugulaires gonflées ; les battements du cœur étaient tumultueux, le pouls presque insensible. Cette réunion de phénomènes constitue l'état que M. Beau a désigné sous le nom d'*asystolie* (*Considérations générales sur les maladies du cœur*, Arch. gén. de méd., 1853). Or, M. Beau a fait voir que lorsque l'asystolie se déclare, les bruits de souffle s'obscurcissent jusqu'à devenir imperceptibles, et il a bien indiqué le mécanisme de cette disparition du souffle. Dans les cas d'asystolie, les parois des cavités, se contractant incomplètement, ne chassent à travers les orifices rétrécis réellement ou relativement qu'une petite quantité de sang ; le frottement est donc moins énergique et le souffle disparaît.

Évidemment, au moment de son entrée à l'hôpital, le malade se trouvait dans un état très prononcé d'asystolie, et c'est là ce qui explique l'absence presque totale de souffle, la faiblesse du pouls, etc., etc. On a constaté chez lui un renforcement très notable du bruit de souffle après quelques jours d'un traitement énergique par les purgatifs et la digitale. C'est encore là une circonstance sur laquelle M. Beau a attiré l'attention.

Tous les médecins praticiens avaient déjà observé ces sortes d'accès qui reviennent à des intervalles variables dans le cours des maladies du cœur et pendant lesquels les battements du cœur deviennent tumultueux. Alors il est impossible de savoir s'il existe ou non des bruits de souffle, et l'on est obligé d'attendre que le cœur ait repris un rythme régulier sous l'influence de

méditation qu'on juge à propos d'employer pour décider du diagnostic à porter. Corvisart et Laënnec indiquaient déjà plus ou moins complètement ces idées dans leurs ouvrages fondamentaux. M. Beau a le mérite d'avoir systématisé ces données de l'observation commune et journalière.

M. Beau professe aussi que dans tous les cas où l'on a observé des accès d'asystolie ou une asystolie continue, il y a dilatation des cavités placées *en amont* de l'obstacle avec hypertrophie des parois. Le malade dont nous parlons n'a pas échappé à cette loi. On a trouvé une dilatation du ventricule gauche avec une légère hypertrophie des parois et surtout de la paroi antérieure.

Je ne veux pas entrer ici dans des considérations relatives au mécanisme suivant lequel se développent les dilatations du cœur et l'hypertrophie des parois des cavités dilatées. Tous les auteurs ont fait la comparaison si juste du mécanisme de ces dilatations et de cette hypertrophie ou mécanisme par lequel se dilatent et s'hypertrophient l'estomac, la vessie, et tous les organes cavitaires en un mot, quand leur orifice ou leur canal de déversement est obstrué par un obstacle quelconque.

Mais ce qui me semble important à faire remarquer, c'est le commencement de dégénération graisseuse subie par les parois hypertrophiées. Si je rassemble ces diverses lésions : rétrécissement aortique, dilatation du ventricule gauche, hypertrophie et dégénération graisseuse des parois de ce ventricule, il me semble possible de faire l'histoire de la marche de la maladie.

L'affection initiale a été la lésion valvulaire, qui est née, à n'en pas douter, sous l'influence rhumatismale. Le rétrécissement aortique, faisant des progrès continuels, a produit la dilatation ventriculaire, puis l'hypertrophie des parois, *cette lésion providentielle*, comme la nomme M. Beau. Il est probable que pendant toute cette période le bruit de souffle était très rude et très évident, mais les parois du cœur sont venues à s'altérer sans qu'il soit bien possible d'établir la cause de cette altération. De là faiblesse dans les contractions, commencement d'asystolie ; le souffle est devenu plus doux, moins perceptible. Puis après quelques accès d'asystolie éloignés les uns des autres, l'asystolie terminale s'est établie, et c'est à ce moment qu'on a commencé à l'observer dans les salles.

C'est à l'inertie du cœur et aux troubles subséquents de la

circulation pulmonaire qu'il faut attribuer les crachements de sang dont le malade a été atteint dans les derniers temps de sa vie. La petite tumeur fibrineuse trouvée sous la plèvre du poumon gauche doit être rapportée, comme le dit M. Vulpian, à une apoplexie pulmonaire probablement antérieure à l'entrée du malade à l'hôpital.

Il ne nous semble pas non plus irrationnel d'attribuer à la congestion veineuse générale et incessante produite par l'asystolie terminale, l'injection des reins et l'excrétion d'albumine par ces organes.

L'observation de ce malade vient, comme on le voit, confirmer les idées de M. Beau sur les maladies du cœur. Elle montre comment l'asystolie peut très bien se déclarer chez des malades dont le cœur est dilaté et hypertrophié. C'est pour n'avoir pas bien vu ce fait que Laënnec accordait si peu de confiance au pouls dans la détermination des diverses affections du cœur : « Le » pouls surtout, dit-il en parlant de l'hypertrophie du ventricule » gauche, est trompeur, et il est peut-être aussi commun de le » trouver faible que fort chez des sujets atteints d'hypertrophie » au plus haut degré. » (*Traité de l'auscultation médic.*, t. III, p. 109.) C'est en partant de ce fait, vrai en lui-même, mais s'expliquant facilement par l'asystolie qui survient presque toujours à une certaine période des affections du cœur, que Laënnec rejetait le pouls comme moyen de diagnostic.

Un dernier point devient frappant, surtout lorsqu'on compare les deux observations. Dans la première, la lésion est limitée exactement aux valvules sigmoïdes, l'aorte est parfaitement saine; dans la seconde, les valvules sont malades aussi, mais la lésion est diffuse, elle occupe toute l'étendue de l'aorte. Il me semble que ce sont là deux maladies bien distinctes, quoique affectant toutes les deux les organes de la circulation. La première de ces maladies dérive en droite ligne de l'endocardite rhumatismale, la lésion est limitée au siège de l'ancienne inflammation valvulaire; la seconde est née sous l'influence de cette diathèse d'ossification qui se développe chez certains vieillards et qui n'a probablement aucun rapport d'effet à cause avec l'inflammation.

Le second malade de M. Vulpian a présenté à l'autopsie une hypertrophie avec dilatation plus prononcée que le premier. Ici le mécanisme de la dilatation et de l'hypertrophie ventriculaire est

à peu près semblable à celui qui nous a servi à expliquer les mêmes phénomènes chez le premier malade ; seulement l'obstacle à la circulation n'est plus de même nature. En effet, il n'y a qu'un faible rétrécissement et bien insuffisant pour avoir nécessité de violents efforts de la part du ventricule, mais l'aorte était fortement dilatée, surtout de sa crosse ; il est facile de concevoir qu'elle contenait une quantité de sang beaucoup plus considérable que dans l'état normal. Or, la colonne sanguine à déplacer se trouvant plus lourde, le ventricule devait se contracter avec énergie pour en surmonter le poids, ouvrir les valvules sigmoïdes et lancer dans l'aorte le sang qu'il contenait.

C'est là, je crois, le mécanisme des hypertrophies qui accompagnent les dilatations aortiques, lorsque, chose rare, ces dilatations, comme dans ce cas, ne s'accompagnent point d'insuffisance des valvules sigmoïdes.

On avait chez ce malade diagnostiqué un rétrécissement de l'orifice aortique avec insuffisance des valvules. J'ai vu aussi le malade, et mon diagnostic n'était pas resté un seul instant douteux. Le bruit de va-et-vient très marqué au niveau de la base du cœur, les caractères très nets du pouls, de l'insuffisance aortique, m'avaient convaincu de l'existence de cette insuffisance. L'autopsie nous a montré qu'il n'y en avait point.

Le premier bruit de souffle était produit en partie par l'induration des valvules sigmoïdes, le léger rétrécissement de l'orifice aortique et surtout par le frottement du sang contre les rugosités des parois de l'aorte. C'est à ces mêmes rugosités qu'il faut attribuer la production du bruit de souffle au second temps. Lorsque le sang est lancé dans l'aorte, au moment de la systole aortique, il retombe sur les valvules sigmoïdes ; or, dans ce moment, le sang pressé contre les parois, s'il rencontre des aspérités, éprouvera dans son trajet rétrograde un frottement qui se traduira au dehors par un bruit de souffle.

Ce mode de production du bruit de souffle au second temps ne se trouve pas, que je sache du moins, exposé dans les ouvrages français où l'on traite de l'auscultation dans les maladies du cœur. J'ai trouvé dans le traité de Skoda (*Traité de percussion et d'auscultation*, trad. par M. Avan) un passage où il l'indique très explicitement.

« Un murmure se terminant par un ton (un murmure ter-

» *miné par un ton*) dépend de la présence de rugosités à la face
 » interne de l'aorte, les valvules aortiques étant suffisantes. Les
 » colonnes de sang qui retombent sur les valvules pendant la
 » diastole du cœur donnent lieu à un murmure, par suite du
 » frottement contre les plaques rugueuses de la face interne de
 » l'aorte; mais le murmure ne continue que pendant que le cou-
 » rant sanguin est en mouvement, et il cesse, par conséquent,
 » avec l'occlusion des valvules, qui elles-mêmes donnent lieu à
 » un ton. » (P. 305.)

Nous n'avons pas observé le claquement valvulaire à la suite du bruit de souffle du second temps; de plus, ce bruit de souffle était prolongé et non brusque et court, comme le dit Skoda dans un autre passage de la même page (1):

Le malade, ai-je dit, offrait le pouls bondissant de l'insuffisance: le sang soulevait le doigt appuyé sur l'artère radiale, puis disparaissait subitement comme aspiré par le cœur. La dilatation de l'aorte, dilatation très considérable, explique ces caractères du pouls. Malgré les ossifications des parois, l'aorte n'avait point perdu complètement son élasticité, et au moment de sa systole, le sang refluaient en abondance dans l'espèce de golfe formé par la dilatation de la crosse. Ce phénomène intéressant, et qui doit, ce me semble, être constant dans les cas semblables, n'a pas encore, je crois, été noté.

OBSERVATION.

Utérus et vagin double. — Arrêt de la menstruation. — Par M. Décès, interne des hôpitaux.

La nommée X..., âgée de seize ans, lingère, est entrée à l'hôpital Lariboisière, salle Sainte-Jeanne, n° 33, le 16 mai 1854.

Cette malade, d'une forte constitution, tempérament sanguin, et ayant toujours joui d'une excellente santé, est réglée depuis un an environ. Toutefois la menstruation s'est difficilement établie, et à chaque époque la malade ressent des douleurs très

(1) « Si le murmure est *court* et s'il ne s'entend qu'en remontant, sur le trajet de l'aorte, c'est qu'il est dû à la présence de rugosités à la face interne de l'aorte. » (P. 305.)

vives dans les lombes, ainsi qu'au niveau de la symphyse pubienne, en même temps qu'une sensation de chaleur très incommode vers l'utérus; les règles sont très peu abondantes et ne durent en général qu'un jour et demi à deux jours. Il y a huit mois, la malade s'est aperçue qu'une tumeur dure et légèrement mobile se développait dans la région iliaque gauche. Son accroissement a été continu jusqu'à ce jour, mais très lent. À l'époque des règles, la tumeur devient turgescence et douloureuse. La douleur disparaît après la menstruation, la tuméfaction diminue aussi; mais après chaque époque la malade a remarqué que la tumeur conservait un volume plus considérable que pendant le mois précédent. Elle a été traitée chez elle par un médecin pour une affection squirrheuse.

À son entrée à l'hôpital, la malade présente les attributs de la santé la plus florissante; les fonctions digestives s'exécutent bien; il y a cependant une constipation assez tenace depuis quelques mois. Bruit de souffle léger dans les carotides, intermittent; pas de souffle cardiaque.

Le ventre est bien conformé; c'est à peine si l'on remarque une légère élévation du côté gauche où se trouve la tumeur. Celle-ci paraît du volume du poing d'un adulte robuste; on la sent immédiatement à travers les parois abdominales qu'elle repousse un peu. Sa forme est triangulaire, à angles arrondis. Un de ses côtés, l'interne, est placé à environ 2 centimètres de la ligne blanche; le côté supérieur arrive presque à l'épine iliaque gauche, et la base semble se confondre avec le ligament de Poupert. La tumeur est dure, comme fibreuse, très légèrement bosselée; en pressant les téguments, on l'enfonce dans le bassin, surtout par sa partie supérieure, la base restant toujours comme confondue avec l'arcade crurale. La pression en massé est indolente; la pression circonscrite est tantôt indolore, tantôt douloureuse. Parfois aussi la malade ressent des douleurs lancinantes. La malade étant vierge n'a pu être touchée par le vagin; mais en introduisant le doigt dans le rectum on sent en avant une tumeur dure, à peu près indolore, se prolongeant supérieurement au delà des limites que le doigt peut atteindre, et se terminant en bas à une petite distance de l'anus. Cette tumeur donne au toucher la même sensation que donnerait un utérus augmenté de volume.

26 mai. — Fièvre légère.

29. — La fluctuation est perçue à travers les parois abdominales.

10 juin. — La malade n'a point ses règles, quoiqu'il y ait quelques phénomènes de congestion utérine depuis deux jours.

14. — 4 sangsues sont appliquées à la partie interne et supérieure des cuisses; cependant la menstruation ne se rétablit que le 21; elle dure deux jours et est peu abondante comme de coutume.

26 juin. — La malade est touchée par le vagin, et au moyen d'un trocart explorateur une ponction est pratiquée par le vagin dans la partie inférieure de la tumeur. Immédiatement après la ponction, il ne s'écoule rien, quoique la canule du trocart ait été retirée remplie d'une substance épaisse, de couleur chocolat, ayant toute apparence de sang décomposé; la consistance est celle d'un sirop concentré. Pendant la journée, il s'écoule un liquide de même nature, tout à fait semblable à celui qui se trouvait dans la canule du trocart. Ce liquide est assez abondant pour salir plusieurs alèzes; l'odeur en est fétide. Le soir, la malade est prise de frissons; fièvre, 120 pulsations, quelques vomissements. Glace, 20 sangsues sur l'abdomen, cataplasmes laudanisés.

27. — Même état, fièvre ardente; la malade a un peu de délire; abdomen légèrement tendu, très douloureux; vomissements verdâtres. — 20 sangsues. — Il s'écoule toujours par la ponction le même liquide que la veille.

28. — Même état; 130 pulsations, abdomen très douloureux à la pression, vomissements verdâtres; la miction est difficile. Le soir la malade a besoin d'être sondée. Écoulement semblable par la ponction. Frictions avec onguent napolitain, extrait de belladone, ââ.

29. — Fièvre ardente, 145 pulsations. La malade s'est jetée la nuit à bas de son lit; les vomissements persistent; à la matière verdâtre se joignent quelques stries sanguines; le ventre est très douloureux; le poids de la couverture suffit pour déterminer de la douleur; le ballonnement n'est pas très considérable; la malade ne peut plus uriner sans le secours de la sonde. — 20 sangsues sur l'abdomen; frictions avec la pommade belladonnée.

Il s'écoule toujours par la vulve un peu de cette matière fétide, couleur chocolat.

Dans la journée, l'état de la malade empire ; elle se refroidit, et meurt le 30, à quatre heures du matin.

Autopsie le 1^{er} juillet, à dix heures du matin. — Le cadavre n'est nullement émacié.

A l'ouverture de l'abdomen, on trouve épanché dans la cavité abdominale environ 200 grammes d'un liquide semblable à celui qui pendant la vie s'écoulait par l'ouverture de la ponction, mais moins épais. Ce liquide provient d'une poche située dans le flanc gauche, dont le volume ne peut plus être apprécié au juste. Les parois de ce kyste sont molles, peu épaisses, de couleur d'un bleu noirâtre ; on y voit une déchirure d'environ 1 centimètre et demi. Ce kyste est divisé en plusieurs poches qui communiquent les unes avec les autres, séparées par des cloisons plus ou moins complètes, toutes peu épaisses. La consistance des parois du kyste est à peu près celle du placenta. Il contient encore un peu de liquide ; l'odeur en est très fétide.

A peine quelques traces de péritonite ; l'épiploon offre un aspect normal, il est chargé de graisse ; point de pus, point de fausses membranes, point d'adhérences des circonvolutions intestinales. Les intestins sont modérément distendus ; leur tunique séreuse a un aspect un peu louche. La muqueuse stomacale présente quelques ecchymoses.

Les organes qui occupent le bassin étant enlevés, voici ce que l'on constate.

Le vagin, fendu suivant toute sa longueur, présente un aspect normal. A sa partie inférieure et gauche se trouve l'ouverture faite par le trocart explorateur, ouverture qui semble s'être un peu agrandie. L'utérus est plus petit qu'à l'état normal ; la couleur et la consistance n'ont rien de particulier. A droite se trouvent la trompe et l'ovaire, mais à gauche il est recouvert par le péritoine jusque près du col, sans aucune trace de trompe ni d'ovaire ; le péritoine se réfléchit de là en avant sur la vessie, et à gauche sur un second utérus avec lequel il n'a d'autre communication qu'une continuité de tissu.

Ce second utérus, plus volumineux, est situé à gauche du premier, entre la vessie en avant et le rectum en arrière. Sa forme est celle de l'utérus normal ; son grand axe est dirigé de haut en bas et de dehors en dedans. Fendu dans sa longueur, il présente le même liquide que le kyste, mais en très petite quan-

tité. Le côté droit du corps est complètement recouvert par le péritoine. On n'y voit ni solution de continuité, ni trace de trompe ou d'ovaire. A la réunion du bord supérieur au bord gauche se trouve une ouverture ronde en tout semblable à l'ouverture élargie d'une trompe. En insufflant de l'air par cette ouverture, on voit l'air arriver dans le kyste dont nous avons parlé, à travers un conduit dont l'aspect ne diffère pas de celui de la trompe du côté opposé. Seulement ce conduit, en arrivant au kyste, s'élargit en entonnoir ; ses parois deviennent plus épaisses près de l'endroit où, prenant tout à coup un développement plus considérable, il formait cette poche dont nous avons parlé, poche qui semble constituée par le pavillon de la trompe, et qui a contracté des adhérences nombreuses et anciennes avec les organes environnants, et notamment avec le rectum. Au-dessous et en dedans du kyste se trouve un corps blanchâtre, ovoïde, présentant les caractères de l'ovaire.

En bas l'utérus s'ouvre par un col plus large et moins haut qu'à l'état normal, dans un vagin très dilaté, vagin qui se termine en cul-de-sac, un peu au-dessous du point où a été pratiquée la ponction exploratrice. Le vagin est en rapport en avant avec la vessie, en arrière avec le rectum, et à droite avec le vagin droit, derrière lequel il se prolonge encore. Du reste, en aucun point l'utérus et le vagin droits ne communiquent avec l'utérus et le vagin gauches. Les cavités en sont distinctes et indépendantes. Tandis que les règles s'écoulaient normalement par l'utérus et le vagin droits, il s'accumulait dans l'utérus et le vagin gauches un sang qui s'altérait et formait le liquide dont nous avons parlé. Après la mort, le vagin gauche ne contenait presque plus de liquide.

Une tranche du second utérus, examinée au microscope, présente l'aspect du tissu utérin : on y voit des fibres musculaires. Le col offre à l'intérieur un arbre de vie peu marqué, mais cependant perceptible. La saillie de ce col dans son vagin est peu considérable.

Voici les dimensions des deux utérus et de leurs annexes :

Utérus droit.

| | |
|-----------------------------------|----------------|
| Longueur du col | 4 centimètres. |
| — du corps | 6 |
| Largeur du corps (partie moyenne) | 3 1/2 |
| Circonférence du corps id. | 10 |

Vagin droit.

| | |
|------------------------------------|-------|
| Hauteur. | 11 |
| Circonférence au-dessus de l'hymen | 9 |
| — (partie moyenne) . . | 9 1/2 |
| — (près du col de l'utérus) | 7 |

Ovaire droit.

| | |
|---------------------|---|
| Grand axe. | 5 |
| Petit axe | 3 |

Trompe droite.

| | |
|--|--------|
| Longueur depuis son insertion à
l'utérus jusqu'à l'extrémité du pa-
villon | 12 1/2 |
|--|--------|

Utérus gauche.

| | |
|------------------------------------|--------|
| Largeur du col | 3 |
| — du corps. | 7 1/2 |
| Largeur du corps (partie moyenne). | 7 1/2 |
| Circonférence — — | 15 1/2 |
| Épaisseur de la paroi du corps . . | 1 |

Vagin gauche.

| | |
|-------------------|---|
| Hauteur | 8 |
|-------------------|---|

Trompe gauche.

| | |
|---|----|
| Depuis son insertion à l'utérus jus-
qu'à l'endroit où elle s'élargit en
kyste. | 10 |
|---|----|

Rapport de M. Goupil, interne des hôpitaux.

Il n'est sans doute pas nécessaire que je vous rappelle par une description la pièce que vous a présentée M. Décès, les exemples de division plus ou moins profonde de l'utérus ne sont pas tellement fréquents que celui-ci n'ait dû vous frapper.

Sans se rencontrer très souvent, cette anomalie n'est cependant pas très rare; il suffit, pour s'en convaincre, de consulter les *Bulletins de la Société* ou les *Thèses de la Faculté*. Suivant en cela la tendance générale de l'esprit humain, on a été porté à classer ces faits isolés. *M. Barth*, en vous présentant une pièce analogue à celle qui fait le sujet de ce rapport (*Bulletin de la Société*, 1841), a proposé une classification de ces faits, qui différait un peu de celle que Rokitanski venait de donner; elle a été acceptée par *M. Cruveilhier* dans son *Traité d'anatomie pathologique*, et par *M. Ollivier* dans le *Dictionnaire* en 30 volumes.

Depuis 1841, les faits nouveaux publiés par *M. Kresz* (*Thèse inaugurale*, 1842), *Bonnefous* (*Bulletin Soc. anat.*, 1843), *Blot*, *Dolier* (*Soc. anat.*, 1848), *Verneuil*, *Gabriac* (*Soc. anat.*, 1854), *Depaul* (deux observations tératologiques lues à la Société de biologie, 1854), *Hohl* (*Gaz. hebdomadaire*, 17 mars 1854), *Thiemann* (même journal, 21 avril 1854), et *Décès*, se sont rangés exactement dans le cadre de ces divisions. Je ne croirais même pas utile d'en reparler, si les discussions qui ont suivi la présentation de la pièce dont nous parlons ne prouvaient qu'elle a été tant soit peu oubliée. Les uns appelant utérus double les cas dans lesquels le col est divisé en deux parties comme le corps, d'autres voulant que ce nom soit réservé au cas qui ne s'est pas encore présenté, où chaque utérus aurait deux trompes et deux ovaires.

Cette dernière distinction me paraît peu rationnelle; les ovaires et les trompes sont des annexes de l'utérus, mais cet organe à lui seul se compose seulement d'un corps et d'un col ayant chacun leur cavité. Dans tous les cas où nous trouverons deux corps, deux cols et deux cavités distincts, nous aurons le droit de nommer cela avec *M. Barth* un utérus double; car si l'on n'adoptait pas cette dénomination, on devra, comme l'objectait *M. Pigné* dans son rapport sur un cas semblable (*Bulletin de la Société*, 1836), refuser le nom d'utérus à celui qui n'a qu'une trompe et qu'un ovaire, comme dans les cas rappelés par *Blase*, *Morgagni*, *Walther* et *Michaelis*.

M. Rokitanski, qui admet l'opinion que nous combattons, cite également plusieurs cas de ce genre, et est obligé de classer ces utérus incomplets dans les *utérus bipartites*, qu'il divise alors en *utérus bipartites* proprement dits, et *utérus unicornes*, ou utérus n'ayant qu'une seule corne, soit que la seconde corne et sa trompe

manquent, soit que la trompe soit seulement fermée et se réunisse au bord convexe de l'utérus, ou que cette trompe soit un simple cul-de-sac. Cette dernière classification est évidemment peu naturelle, et montre que pour suivre le premier raisonnement on est forcé de regarder ces utérus unicorues comme un genre des utérus bipartites.

Aussi trouvons-nous plus rationnel de donner avec M. Barth le nom d'utérus double à ceux dont le col comme le corps est divisé en deux parties, bien que cette partie n'ait qu'une trompe et qu'un ovaire, reconnaissant que ces faits ne doivent être considérés que comme une anomalie dont l'utérus, échancré à sa surface extérieure sans trace de division à l'intérieur, n'est que le premier degré.

Je crois d'ailleurs que sans cela il serait difficile d'assigner une place naturelle à la seconde observation présentée par M. Depaul à la Société de biologie, les deux utérus n'ayant qu'une trompe et qu'un ovaire, et étant terminés chacun par un vagin particulier sans qu'il existe aucun rapport de continuité entre eux deux. Du reste, M. Depaul se range évidemment à notre opinion, parce qu'il a intitulé ce fait : deux utérus et deux vagins parfaitement distincts.

C'est pour cela que nous avons cru devoir rappeler ici la division donnée par M. Barth.

1° L'utérus n'offre de traces de division qu'à l'extérieur (utérus échancré, cordiforme).

2° L'utérus n'est divisé qu'à l'intérieur. Utérus simple à cavité biloculaire ; il existe tantôt un, tantôt deux vagins.

3° L'utérus est divisé à l'extérieur et à l'intérieur :

a. Utérus bicorne quand la cavité du col est simple ;

b. Utérus double quand le col est divisé de même que le corps.

Dans ces deux variétés le vagin peut être divisé par une cloison incomplète ou complète, et le fait donné par M. Depaul est l'exemple de la division la plus complète.

Ces anomalies, comme l'ont à juste titre observé presque tous les auteurs qui ont traité de ce sujet, offrent un grand intérêt au sujet de la grossesse et de la possibilité de la *superfétation*, fait extrêmement improbable dans les cas où n'existe pas cette division des organes génitaux, mais qui est encore très rare quand elle

existe, si même il a jamais été observé très rigoureusement. *MM. Hey* et *Cassan* ayant cru remarquer dans les cas qu'ils ont rapportés que la membrane caduque s'étendait aux deux lobes, concluent qu'il faut, pour qu'il y ait superfétation, que l'utérus présente deux cavités et deux orifices avec ou sans double vagin, mais cependant ces cas sont très rares.

L'observation de *Bagard* (observation sur une double matrice) est peut-être le seul fait positif. *M. Kierz*, dans sa thèse, rapporte un cas dans lequel ce fait, bien que possible, n'a cependant pas, ainsi qu'il le fait observer, toute la certitude désirable.

La troisième observation de superfétation probable est due au docteur *Thielmann*. Ce fait n'est évidemment explicable que par la présence d'un utérus double; mais l'examen ne l'a pas démontré. Une femme de vingt-cinq ans accoucha d'un enfant bien développé. Le ventre ne diminua que dans sa moitié droite; dans la moitié gauche la malade continua à sentir des mouvements, et cinquante-deux jours après elle accoucha d'une deuxième fille moins développée et plus faible que la première. Ce ne fut qu'alors que la lactation, peu abondante d'abord, devint suffisante.

M. Dolier (*Soc. anat.*, 1848) présente un utérus bifide ayant un seul corps et deux cornes oblongues ayant chacune un ovaire et une trompe. A la coupe l'augmentation de volume et la structure des parois démontre qu'il y avait eu gestation, et comme les deux moitiés étaient très inégalement développées, l'auteur conclut qu'il avait pu exister là une superfétation. Ce fait est inadmissible. Toutes les observations d'utérus bicornes recueillies pendant la gestation, celle que *M. Blot* vous a montrée en 1841, et la première du mémoire de *M. Depaul*, démontrent que les deux cornes se sont développées simultanément, mais inégalement, celle qui contient le fœtus étant toujours sensiblement plus volumineuse. L'observation de *Cl. Purcell*, de Dublin (*Trans. Philos.*, V. 64), montre, au contraire, que dans le cas d'utérus double, la partie qui contient le fœtus se développait seule, l'autre restant à l'état normal; la structure de l'utérus devait naturellement faire prévoir ces deux résultats.

Nous devons reconnaître que rien ne prouve que les grossesses gemellaires soient notablement plus fréquentes; plusieurs de ces femmes qui ont eu deux jumeaux avaient eu aussi plusieurs gros-

sesses simples, et dans un de ces cas les deux jumeaux se sont développés dans la même corne.

L'exemple le plus remarquable est celui que *M. Hohl* a publié dans la *Gazette hebdomadaire* (17 mars 1854). Les deux fœtus se sont développés chacun dans une corne et ayant chacun un placenta; la forme particulière de l'abdomen, la palpation, la percussion et l'auscultation des bruits du cœur avaient fait diagnostiquer ce fait, et après l'accouchement provoqué à cause de graves hémorrhagies, on put introduire la main successivement dans chacune des deux cornes se terminant par un col unique.

L'influence la plus marquée de cette disposition anatomique sur la grossesse est certainement une difficulté notable dans l'accouchement, surtout comme l'a fait remarquer *M. Cassan* (dans sa thèse, 1826), lorsque le corps de l'organe forme avec son col un angle plus ou moins marqué; les cas de rupture de l'utérus cités par *Dionis*, *Canestrini*, *Ollivier*, et celui que *M. Depaul* vient de présenter dernièrement, ne peuvent laisser aucun doute à cet égard.

Cette disposition, si elle gêne l'accouchement, ne paraît du moins exercer aucune influence sur le volume ni la santé du fœtus, ainsi que l'a démontré *M. Kresz*.

La menstruation a souvent été difficile, irrégulière, et dans les cas que nous avons pu réunir nous voyons que cette dysménorrhée a amené la mort. L'observation de *M. Leroy*, de Versailles (*Journal des connaissances médico-chirurgicales*), et celle de *M. Decès*, en sont deux remarquables exemples. Dans ces deux cas, en effet, l'une des deux moitiés de l'utérus ne communiquait pas à l'extérieur. Dans celui de *M. Decès*, l'un des deux vagins était imperforé. Dans celui de *M. Leroy*, l'utérus était seulement bicorne, et la corne gauche ne communiquait pas avec la cavité du col.

Les deux femmes, encore jeunes, étaient en apparence réglées. Chaque époque menstruelle, bien qu'il y eût un écoulement de sang assez considérable, s'accompagnait de douleurs avec tension dans le bas-ventre, et bientôt les malades sentirent une tumeur qui augmentait de volume et était plus douloureuse à l'époque des règles. Bientôt cette tumeur devint tellement volumineuse que les malades vinrent à l'hôpital. Dans les deux cas, on trouva une tumeur s'étendant en arrière ou sur le côté du vagin et re-

montant dans une des fosses iliaques. Les ponctions qui furent pratiquées amenèrent dans les deux cas l'issue d'un liquide de couleur chocolat, de consistance sirupeuse; mais la quantité du liquide qui s'écoula ne fut que peu abondante; et nous voyons dans l'observation de M. Decès que le kyste s'est ouvert dans le péritoine peu de jours après. Nous retrouvons donc là ces trois périodes qu'a signalées M. le docteur Bernutz (*Archives générales de médecine*, 1848) dans son mémoire sur la *rétenion du flux menstruel*.

1° Replétion des cavités secrétantes;

2° Distension et réaction de ces cavités;

3° Solution de continuité, passage dans l'abdomen du liquide qui distendait ces organes.

Et là, comme dans les cas qu'il a rapportés dans son mémoire, nous voyons à chaque période menstruelle la tumeur augmenter de volume et devenir plus douloureuse; puis pendant l'intervalle des deux époques menstruelles la tumeur diminuer par la résorption d'une partie de la portion liquide du sang pour augmenter à la période suivante, jusqu'à ce que le sang accumulé dilate d'abord l'utérus puis le conduit de la trompe de Fallope, et passe à l'intérieur entre la trompe et l'ovaire, kyste qui s'ouvre le plus souvent dans l'abdomen et cause alors une péritonite rapidement mortelle. Telle a été en effet la marche qu'a suivie la tumeur chez la malade dont M. Decès nous a donné l'observation.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

XXIX^e ANNÉE.

Bulletin N^o 8. — Août 1854.

révisé

PAR M. LE DOCTEUR BAUCHET, SECRÉTAIRE.

SOMMAIRE.

Extrait des procès-verbaux des séances de la Société.

1. Ostéite et ostéomyélite. — 2. Résection du coude; nécrose des os du crâne. — 3. Nécrose du maxillaire inférieur; acromion mobile. — 4. Ossification de l'artère coronaire; gangrène du larynx. — 5. Kyste sous-cutané d'un doigt. — 6. Corne sur le gland. — 7. Fracture du radius. — 8. Hémorrhagie placentaire. — 9. Tumeur fibreuse. — 10. Affection vertébrale. — 11. Rupture du cœur. — 12. Séquestre au fémur. — 13. Fistule œsophagienne. — 14. Exostose syphilitique. — 15. Affection du cœur. — 16. Diverticulum de l'intestin. — 17. Pied-bot. — 18. Amincissement des os du crâne. — 19. Hydatides des poumons. — 20. Hypertrophie du cœur; caillots, pus, etc. — 21. Tumeur énorme du scrotum. — 22. Épanchement purulent des plèvres; suite de trachéotomie.

OBSERVATIONS : Ligature de l'artère fémorale, par M. Luys, interne des hôpitaux. — Rapport de M. Caron, interne des hôpitaux. — Luxation incomplète de la tête du fémur, par M. Bidart, interne des hôpitaux. — Angine et glossite gangréneuse, suite de scarlatine, par M. Vidal, interne des hôpitaux. — Rougeole, scarlatine, abcès parotidien, otite, hémiplegie faciale, etc., par M. Vidal.

PRÉSIDENCE DE M. CRUVEILHIER.

1. *M. Foucher* montre à la Société un tibia atteint d'*ostéite* et d'*ostéomyélite*. Cette pièce provient du cadavre d'un homme de vingt-cinq à trente ans, dont la partie antérieure de la jambe droite offrait une large ulcération au fond de laquelle le tibia était à nu. Le périoste est considérablement épaissi et injecté; il se décolle avec facilité et sa face interne est recouverte d'une couche

très mince de lympho plastique, rougeâtre. La surface de l'os est rougeâtre et parsemée d'une multitude de petites ouvertures par lesquelles pénètrent les vaisseaux. Ça et là, surtout à la face antérieure, existent des couches osseuses de nouvelle formation; ces couches sont épaisses, irrégulières, et limitent plusieurs ouvertures qui conduisent dans le canal médullaire. On voit, au fond de deux de ces ouvertures, de petits séquestres mobiles. La partie moyenne de la paroi antérieure de l'os est complètement détruite et l'on pénètre, en ce point, dans le canal médullaire oblitéré, à ce niveau, par du tissu osseux. Le tissu médullaire présente, dans ces divers points, les trois degrés d'ostéomyélite sur lesquels *M. Foucher* a déjà eu l'occasion d'appeler l'attention de la Société. En effet, à sa partie supérieure, le tissu médullaire est rouge, injecté, ressemblant à de la gelée de groseille; à la partie moyenne, il est remplacé par du tissu spongieux, et enfin dans la partie inférieure, le canal médullaire est rempli de pus au sein duquel se rencontrent quelques petits séquestres.

L'articulation du genou était remplie d'un liquide séro-purulent et les cartilages articulaires qui recouvrent les tubérosités du tibia, sont parsemées de petits trous, parfaitement arrondis, taillés comme à l'emporte-pièce, qui représentent de véritables ulcérations des cartilages.

2. *M. Guyot* présente : 1° Les surfaces articulées du coude, enlevées par une résection de cette articulation. Cette opération a été pratiquée par *M. Robert*, suivant la méthode de Moreau, ce qui a permis de constater l'existence d'un abcès péri-articulaire, et d'une ostéite dont le radius et le cubitus étaient principalement le siège et qui avait aussi intéressé l'humérus.

2° Une deuxième pièce, qui consiste en une nécrose de quelques-uns des os de la tête, et en particulier de la mâchoire inférieure. Cette nécrose qui intéressait la table interne de quelques os plats, comme le pariétal, rappelle, à quelques égards, ainsi que le fait observer *M. Foucher*, une présentation antérieure faite par *M. Rouget*. Dans les deux cas, les anfractuosités, les cavités que l'on trouvait au niveau de la nécrose, étaient remplies par une matière analogue à du mastic, à du blanc de céruse.

M. Giraudeau, rappelant les détails déjà donnés par *M. Rouget*, ajoute que cette observation était venue confirmer une opinion

de *M. Gosselin*, qui considérait la présence de cette substance analogue à du mastic, comme un indice d'une lésion d'origine syphilitique.

M. Foucher objecte qu'il existe dans la science d'autres observations de cas tout à fait semblables pour lesquels l'origine syphilitique de la maladie ne peut en aucune façon être invoquée.

3. *M. Titon* présente une *nécrose partielle du maxillaire inférieur* à la suite de gangrène; et une disposition de l'*apophyse acromion*, dans laquelle l'extrémité épiphysaire de cette portion de l'épine scapulaire, se trouve *séparée du reste* et tout à fait *mobile*. La pièce a été recueillie sur le corps d'un homme de cinquante ans, et est rapportée par *M. Titon* à une fracture non consolidée. *M. Cruveilhier* et *M. Boullard* font observer que cette disposition n'est pas très rare et qu'elle tient, non pas à une fracture, mais au défaut de soudure de l'apophyse acromiale avec le reste de l'épine scapulaire.

4. *M. Luys* montre une *ossification de l'artère coronaire* et une *gangrène du larynx* ayant détruit l'épiglotte, mais ayant laissé la glotte intacte.

L'individu sur lequel ces pièces ont été enlevées avait donné lieu pendant sa vie à une remarque intéressante. Par suite des progrès et de la marche envahissante de l'abcès gangréneux du larynx, on avait dû recourir à l'opération de la trachéotomie, et le malade vécut pendant quelque temps en portant une canule; mais il ne pouvait avaler qu'avec beaucoup de peine les substances liquides ou semi-liquides qui avaient continuellement de la tendance à s'engager dans le larynx et à sortir par la canule.

5. *M. Foucher* présente un *petit kyste* qui a pour siège une petite bourse muqueuse sous-cutanée située au niveau de l'*articulation de la première avec la deuxième phalange* d'un doigt. Ce kyste diminuait pendant la flexion, mais semblait augmenter et devenait dur et turgide dans l'extension; néanmoins, il ne communiquait pas avec l'articulation. Il est à regretter qu'on n'ait pu se procurer aucun détail sur les antécédents, sur la profession de l'individu qui offrait cette altération remarquable.

6. *M. Caron* présente une *corne* qui s'est développée sur la *muqueuse du gland*.

Cette corne a été recueillie sur un garde forestier de Saint-

Germain, âgé de 45 ans. Elle siégeait sur la muqueuse du gland, entre le rebord postérieur et le méat, près du frein et du côté gauche. Sa base, qui adhérait à la substance du gland, occupait toute sa hauteur ; son sommet tronqué était sec, rugueux et légèrement fendillé ; le corps, long de 15 à 18 millimètres, était irrégulièrement prismatique et triangulaire, il était recourbé sur lui-même, de sorte que la pointe regardait en arrière et en bas dans l'état de flaccidité de la verge.

Le malade n'en souffrait aucunement ; seulement, depuis quelque temps, le coït était devenu impossible pour lui et pour sa femme à cause des douleurs qu'il provoquait.

Le malade n'a vu aucune affection semblable dans sa famille ; il n'a aucune autre corne anormale sur le corps, mais on remarque sur la peau une tendance générale aux productions épidermiques.

Cette production a débuté il y a deux ans ; depuis elle a progressivement augmenté de volume et le malade est venu demander d'en être débarrassé le 20 juin 1854.

L'opération a eu lieu le jour même ; elle a consisté en une excision complète faite au moyen des ciseaux. Elle a été suivie d'une légère hémorrhagie venant du tissu spongieux du gland ; mais elle a été bientôt réprimée au moyen du perchlorure de fer.

On a fait un pansement simple après avoir passé une sonde dans la vessie. A la levée de l'appareil, le troisième jour, la plaie a été trouvée en bon état, et le malade est sorti le 24 juin.

7. *M. Foucher* montre à la Société une fracture de l'*extrémité inférieure du radius* qui lui paraît confirmer complètement les idées qu'il a déjà développées sur ce sujet au sein de la Société. Sur cette fracture, dont la consolidation est complète, on voit, en effet, que le fragment inférieur a éprouvé un mouvement de bascule en vertu duquel son extrémité inférieure est reportée en arrière ; dans ce mouvement l'extrémité inférieure du radius a abandonné la petite tête du cubitus qui paraît luxée en avant. Dans ce cas, la déformation caractéristique de ces sortes de fractures a persisté. L'apophyse styloïde du cubitus a été arrachée. La fracture siège un peu plus haut que d'habitude ; elle est distante de 5 centimètres de l'interligne articulaire, tandis qu'ordinairement elle ne s'en trouve éloignée que de 2 à 3 centimètres.

8. *M. Depaul* présente, au nom de *M. Tarnier*, un exemple fort curieux d'hémorrhagie placentaire.

Il s'agit d'une femme qui, après avoir vu ses règles se supprimer depuis cinq mois, a rendu un œuf assez petit et dans lequel on retrouve à grand'peine un fœtus gros comme une lentille. Ce fœtus est appendu par un cordon grêle à un placenta qui est le siège de bosselures assez nombreuses, de volume variable, et qui sont autant de foyers hémorrhagiques.

Pour *M. Depaul*, ces foyers ont dû se former à une époque avancée de la grossesse, faire mourir l'embryon qui, peu à peu, se serait atrophié pendant son séjour dans la cavité utérine. Ces tumeurs seraient donc, non pas la conséquence, mais la cause de la mort.

M. Depaul rappelle avoir déjà fait quelques présentations analogues ; mais dans des cas où les épanchements étaient, non, comme dans le cas actuel, d'une date déjà ancienne, mais tout récents.

9. *M. Vautrin* présente une tumeur fibreuse qui a été enlevée à la cuisse. Elle était sous-cutanée, et s'est laissé énucléer très facilement. Cette tumeur était presque grosse comme la tête d'un enfant, dure au toucher, et offrant bien à la coupe le caractère de tissu fibreux.

Cette tumeur est, d'après *M. Broca*, de la nature de celles que les Anglais appellent *fibreuses récidivantes*, et en effet elles récidivent souvent et même peuvent se généraliser.

10. *M. Warmont* montre deux pièces analogues quant au siège et probablement quant à la nature de la lésion qu'on y remarque.

L'une est la *portion inférieure*, l'autre la *portion thoracique* de la *colonne vertébrale* de deux jeunes enfants. Sur celle-là, on voit que la *première pièce du sacrum* est le siège d'une cavité creusée dans l'épaisseur du tissu spongieux qui a disparu, et en partie aux dépens des tables osseuses, qui sont très amincies, presque réduites à leur doublure fibreuse et refoulées en dehors de façon à agrandir les dimensions de la cavité. Celle-ci était, au moment de l'autopsie, remplie de pus contenant quelques petits séquestres. On a négligé de s'assurer par l'examen microscopique de la nature du contenu purulent. Depuis que l'on a repris et vérifié les idées émises par *M. Nélaton*, on trouve rarement du tu-

bercule dans les maladies osseuses. Un fait assez remarquable est que cette lésion n'avait entraîné pendant la vie aucun trouble de la motilité et de la sensibilité. On n'a trouvé aucune trace d'une affection tuberculeuse dans aucun des viscères.

L'enfant sur le corps duquel a été prise la *deuxième pièce* présentait pendant sa vie une gibbosité très marquée. Il y avait en même temps une paraplégie ; la lésion avait été attribuée au rachitisme. Après la mort, déterminée par une *méningite tuberculeuse*, on a trouvé, outre les tubercules des enveloppes cérébrales, des noyaux tuberculeux dans les ganglions bronchiques, et surtout de nombreuses collections peut-être tuberculeuses, ramollies autour des vertèbres dorsales et dans l'épaisseur même de ces os.

11. *M. Provent* présente le fémur d'un enfant de deux ans qui, en tombant d'un quatrième étage, s'est fracturé la cuisse. Il montre, en outre, le cœur du même sujet, et fait remarquer sur la face antérieure de cet organe une *plaque ecchymotique* qui a environ 2 centimètres d'étendue, et qui occupe la moitié de l'épaisseur de cette paroi. *M. Charcot* serait assez disposé à considérer cette lésion comme un commencement de *rupture du cœur*, d'autant, ainsi qu'on s'en est assuré avec soin, qu'il n'existait aucune lésion des parois thoraciques.

12. *M. Luys* présente l'*extrémité inférieure d'un fémur* dans le tissu spongieux duquel il a constaté l'existence d'un *petit séquestre* parfaitement séparé et logé dans une petite cavité ouverte dans l'articulation du genou en détruisant une petite portion du cartilage articulaire ; cette jointure contenait un peu de pus, dont la nature n'a point été recherchée. *M. Denucé* le regrette, car cette pièce aurait peut-être permis de juger la question importante du tubercule des os.

13. *M. Proost* présente des pièces recueillies sur le corps d'un vieillard mort à 63 ans, et atteint d'une *disphagie* qui, dans les derniers temps, rendait impossible la déglutition des solides et même des liquides.

On y remarque une *fistule œsophagienne* qui s'ouvre en avant dans une cavité enkystée, reste probable d'un ancien abcès. Cette cavité est située entre les deux branches de bifurcation de la trachée et communique avec chacune des deux bronches.

14. *M. Charrier* montre un fort bel exemple d'*œsophage syphi-*

litique recueilli sur le corps d'une femme morte à 79 ans. Il s'agit d'une tumeur qui avait envahi une grande partie des os du crâne. La femme qui portait cette lésion avait été atteinte de syphilis à 30 ans. A 70 ans, la végétation osseuse avait déterminé une exophthalmie et un exorbitis considérable. Traitée alors par l'iodure de potassium elle éprouva quelque soulagement à ses souffrances. La céphalée guérit, mais l'exostose resta dans le même état, la cavité de l'orbite ayant presque complètement disparu. Elle conserva en outre une certaine gêne de la parole.

A l'autopsie on trouva une tumeur éburnée de deux pouces d'épaisseur environ qui, faisant une légère saillie en dedans du crâne, avait un peu comprimé le lobe antérieur droit du cerveau et avait envahi le frontal, une portion du temporal et du pariétal, et fait partiellement disparaître la suture bipariétale. Ainsi trois os ont été envahis (fait sur lequel insiste M. Charrier).

15. *M. Desnos* présente une lésion intéressante trouvée sur le cadavre d'un homme pendant la vie duquel on avait d'abord, et pendant assez longtemps, méconnu une affection du cœur masquée par une *pneumonie légère*.

L'auscultation du cœur permit de constater l'existence d'un bruit de souffle rude au premier temps. Le malade, qui n'avait jamais eu de douleurs rhumatismales, était déjà très affaibli et ne tarda pas à succomber.

Le *poumon gauche* était *splénisé*, et la plèvre présentait quelques adhérences.

On trouva dans le cœur une *concrétion fibrineuse* de la grosseur du pouce, adhérente à la *valvule mitrale*.

16. *M. Duchaussoy* montre une *portion d'intestin grêle* sur laquelle il a trouvé un *diverticulum* en forme de cul-de-sac long de deux pouces environ, qui était parfaitement libre, sans rapport avec l'ombilic et se trouvait au niveau du tiers inférieur de l'intestin grêle.

Il fait remarquer, à ce propos, l'existence d'une *plaque de Peyer*, un peu saillante et de forme allongée, et insiste sur la présence de cette plaque rencontrée dans l'intestin d'un individu mort du *choléra*. C'est, dit-il, la *trente-huitième autopsie* qu'il a faite à la suite de cette maladie, et chaque fois il a constaté l'existence de plaques de Peyer aussi développées.

17. *M. Isambert* présente les *membres inférieurs d'un enfant* né à terme et affecté d'un *double pied-bot, talus* et un peu *valgus*. La dissection a été faite d'un seul côté. La position vicieuse du pied semble due presque entièrement à la rétraction du jambier antérieur et de l'extenseur commun des orteils; contrairement à ce qui existe d'ordinaire, les péroniers ne semblent pas rétractés: leurs tendons ne sont nullement bridés, quand on cherche à obtenir la flexion du pied sur la jambe. Il existe en même temps une légère subluxation du genou, les condyles du tibia sont un peu saillants en avant.

M. Foucher fait remarquer que pour décider la question de savoir s'il existe une rétraction des péroniers latéraux, il faudrait examiner l'état de leurs tendons, non dans la simple flexion du pied, mais encore dans l'attitude que lui a imprimée la difformité elle-même, c'est-à-dire en exagérant la rotation en dedans.

M. Isambert, sans nier la rétraction des péroniers, insiste cependant sur celle des muscles jambier antérieur et extenseur commun, à laquelle on n'aurait pas accordé une attention suffisante.

18. *M. Charrier* montre la *calotte du crâne* d'un enfant né à terme. Les os sont remarquables par leur *peu d'épaisseur*. La mère de cet enfant est accouchée successivement de cinq enfants, qui tous sont morts de convulsions dans les vingt-quatre heures qui ont suivi l'accouchement. Le bassin de cette femme ne présente aucun vice de conformation; il est un peu allongé, et se rapproche de celui de la négresse, mais les parties molles sont d'une étroitesse extrême. *M. Charrier* se demande si la minceur des os du crâne ne doit pas être, dans ce cas, considérée comme une cause d'accidents, et si cela ne permet pas à l'encéphale de subir plus facilement une compression fâcheuse de la part des parties molles de la mère. A l'autopsie de l'enfant, il a trouvé un épanchement sanguin considérable à la base du crâne, et dans divers points de la pie-mère de petits foyers hémorrhagiques, comme on en rencontre à la suite des applications de forceps.

M. Alexis Moreau a eu occasion d'observer, chez un enfant mort à l'âge de cinq mois, un *amincissement extrême des os du crâne*. Il pense que cette particularité dans la formation de la

tête ne peut devenir cause d'accident que dans certaines circonstances spéciales, telles que l'étroitesse du bassin, etc.

19. *M. Aubré* apporte quelques pièces recueillies sur un jeune homme de dix-sept ans, qui vient de *succomber à la phthisie pulmonaire* dans le service de *M. Bouchet*. Ce malade toussait depuis plusieurs mois ; il avait eu plusieurs hémoptysies, sueurs nocturnes, dépérissements, etc. Le père et la mère sont morts probablement de maladies chroniques des voies respiratoires.

Le 1^{er} juillet, il fut pris de frisson, de fièvre, et d'une vive douleur dans le côté droit ; cinq jours après il entre à l'hôpital. Expectoration de matières mucoso-purulentes, blanchâtres, comparables à du mastic délayé dans de l'eau. A l'auscultation, diminution du bruit respiratoire dans tout le côté gauche ; à droite, gros râles muqueux, caverneux à la base. Au sommet, respiration faible. *Diagnostic : tubercules.*

Vers la racine du poumon droit, un peu d'égophonie. *Épanchement pleurétique léger*. La fièvre persiste ; 112 pulsations ; le malade, après quelques alternatives d'amélioration et d'aggravation, succombe le 19 juillet.

A l'autopsie, on ne trouve dans les poumons *nulle trace de tubercules*. Un peu de *pleurésie* avec fausses membranes, et une petite quantité de liquide à droite. Dans chacun des poumons, on rencontre un *vaste kyste hydatique* ; à gauche, la cavité admettrait au moins le poing ; à droite, il est un peu moins étendu. Dans le poumon droit, il occupe à la fois les deux lobes inférieurs, et s'étend jusqu'à la plèvre diaphragmatique. Dans le poumon gauche, le kyste occupe tout le lobe supérieur et empiète légèrement sur l'inférieur. Des deux côtés, il existe des *orifices de communication entre les bronches et la cavité accidentelle*. Ces pertuis peuvent être démontrés par l'insufflation, l'introduction d'un stylet, etc. A droite, on voit l'une de ces communications se faire, à l'aide d'un trajet creusé, sous une espèce de pont que forme la paroi de la poche hydatique. Une matière purulente, mêlée à des débris d'hydatides, remplissait en partie ces cavités. Le kyste a pu être détaché presque en entier. Il présente les caractères ordinaires de ces sortes de produits morbides.

En réponse à quelques questions qui lui sont adressées, *M. Aubré* dit qu'il n'y avait point à la poitrine de voussure apprê-

cialable, que l'expectoration ressemblait à l'expectoration de la bronchite, que le malade rendait chaque jour, par suite d'accès de toux ou d'efforts de vomissements, un verre environ de matière purulente, mais qu'on n'avait pas retrouvé, dans les matières expectorées, de débris hydatiques.

M. Houël observe qu'ici il existe un kyste fibreux très évident, tandis que dans le cas présenté à la Société par *M. Barth* et par *M. Hérard*, les hydatides semblaient *akystiques*, ou du moins ne présentaient qu'un revêtement fibreux bien mince et bien transparent.

D'après la remarque de *M. Cruveilhier*, ce serait là la règle pour les hydatides du poumon et du cerveau.

20. *M. Duchaussoy* présente le cœur d'une femme morte dans le service de *M. Vernois*, à l'hôpital Necker. Il existe une *péricardite chronique*. Le cœur est hypertrophié; l'auricule est dure, noire, et renferme un *caillot* adhérent à ses parois. Dans ce caillot, on trouve deux abcès: l'un, plus rapproché de l'oreillette, est plein d'un pus rouge, sanguinolent; l'autre, qui avoisine l'extrémité de l'auricule, est formé par un pus blanc, lié, semblable à du pus phlegmoneux.

L'orifice auriculo-ventriculaire est rétréci, au point d'admettre à peine l'extrémité du petit doigt, et les *valvules* qui le garnissent sont insuffisantes: cette double lésion est produite par la soudure totale de toutes les languettes dont se composent ces voiles membraneux. En même temps, les piliers, au lieu de se confondre seulement dans leur portion tendineuse, se touchent par leur corps.

M. Charcot insiste sur ce point que la matière puriforme, trouvée dans le caillot, n'a pas été examinée au microscope. Il lui paraît infiniment probable que ce n'était pas du pus, mais un amas de globules blancs du sang. Ce sont là les éléments ordinaires des prétendus abcès, que l'on trouve au milieu de concrétions sanguines, alors même que la matière puriforme a une teinte verdâtre et toutes les apparences du pus phlegmoneux.

M. Duchaussoy montre ensuite le foie de la même malade: cet organe offre un grand nombre de granulations jaunes entre lesquelles se voient des points noirs, comme de petits foyers apoplectiques. Le volume du foie est considérable. Il y a ici une cirrhose au premier degré.

La *rate* du même sujet est volumineuse, résistante, comme fibreuse à la coupe; elle renferme peu de boue splénique, c'est un ensemble d'altérations qui se rencontre souvent dans l'ascite.

21. *M. Lorrain* montre une *tumeur du scrotum*, dont le volume égale celui d'une tête de fœtus au moins, et dont le poids est de 7 livres. Elle a été enlevée par un chirurgien de la ville. Elle est presque entièrement composée d'une masse colloïde, jaunâtre, demi-transparente, graisseuse et presque entièrement anorphe au microscope, sauf quelques corpuscules fusiformes. Au centre, on trouve un petit amas de substance jaune, compacte, dure, criant sous le couteau. Ici l'examen microscopique fait découvrir beaucoup de corpuscules fibro-plastiques. Le point de départ de cette énorme production, qui avait décollé la peau de l'abdomen et des cuisses pour s'en revêtir, paraît avoir été l'épididyme, car on retrouve au sommet de la tumeur le cordon et ses vaisseaux, la tunique vaginale et le testicule lui-même parfaitement sains. A la surface de la tumeur, un lambeau de peau, compris dans l'excision, montre une perte de substance de la largeur d'une pièce de 5 francs, et au travers de laquelle le produit morbide fait saillie sous forme d'un champignon aplati de matière rougeâtre, gélatineuse.

22. *M. Vidal* présente plusieurs pièces :

1° Celles d'un *enfant* de deux ans, rachitique, mort avec un double *épanchement purulent des plèvres*, plus abondant à droite. Depuis quinze jours, le petit malade présentait, *au bas du sternum*, une *tumeur*, large comme une pièce de 5 francs, agitée de pulsations parfaitement isochrones aux battements du cœur et du poulx, pulsations qui se composaient de deux temps, l'un d'expansion plus long, et l'autre de retrait. A l'auscultation, les bruits de cœur étaient normaux. Cette tumeur était réductible, mais son effacement occasionnait de l'agitation, de l'anxiété; quant au poulx, il ne changeait pas sous l'influence de cette réduction. Sur les limites de la tumeur, on sentait un rebord dur et rugueux, et au centre une ouverture. On diagnostiqua un abcès du médiastin avec perforation du sternum.

A l'autopsie, outre l'épanchement de pus dans les plèvres, on trouva la poche de cet abcès ayant à peine plus de volume derrière le sternum qu'au-devant de lui, et contenant environ une

cuillerée de liquide purulent, crémeux. On y trouva aussi un petit débris de cartilage, ayant le volume et la force d'un pois. La perforation arrondie s'était faite aux dépens de la dernière pièce sternale, d'une part, et les cartilages réunis des quatrième, cinquième et sixième côtes, d'une autre part. Le foyer ne communiquant pas à la plèvre. — C'est une pièce rare surtout eu égard à l'âge de l'enfant.

M. Cruveilhier a observé chez un jeune homme atteint d'épanchement pleurétique; et arrivé à un degré avancé de marasme, une tumeur pulsatile conoïde au-devant du sternum. Ayant constaté les signes d'un épanchement pleurétique, il a fait l'incision de cette tumeur; l'épanchement se vida et l'enfant guérit.

M. Broca croit que dans le cas de *M. Vidal*, il y a eu tumeur blanche, ou une carie des articulations sterno-chondro-costales; mais comme le tissu observé n'est pas à nu, il pense plutôt que la synoviale a été le point de départ de la suppuration, et fait rejeter l'idée d'une carie.

2° *L'appareil respiratoire d'un enfant*, mort du croup le quatrième jour après l'opération.

Cet enfant avait rejeté des fausses membranes tubulées, qui, à en juger par leur forme et leur calibre, provenaient au moins de la deuxième division des bronches. Ces phénomènes de bronchite pseudo-membraneuse avaient précédé de six jours l'apparition de plaques diphthéritiques dans la gorge. On trouva, dans les amygdales, des fausses membranes recouvrant des ulcérations de la muqueuse, et à partir des cordes vocales, un cordon pseudo-membraneux qui s'étend, en se ramifiant, jusqu'aux quatrième divisions des bronches. Au niveau de la plaie faite pour la trachéotomie, la continuité de ce cordon est interrompue, et la muqueuse est ulcérée. Cette ulcération est remarquable ici, la mort ayant eu lieu quatre jours seulement après l'opération; au delà de ce terme, *M. Vidal* l'a trouvé constamment.

M. Axenfeld fait deux remarques sur cette pièce : la première, c'est qu'au-dessous des productions diphthéritiques, il existe quelquefois des ulcérations, contrairement à ce qui a été dit par *M. Bretonneau*; la seconde, c'est qu'ici, comme dans beaucoup

d'autres cas de croup, la laryngo-bronchite pseudo-membraneuse a précédé l'angine.

M. Cruveilhier cite une *épidémie de diphthérie* dans laquelle les bronches, la trachée et le larynx étaient seuls affectés, et où ce dernier organe paraissait être la limite de l'affection; la gorge n'était nullement prise. — Dans le cas de *M. Vidal*, si rien ne prouve que la maladie ait suivi une marche ascendante et se soit propagée des bronches à la trachée, et de là au larynx, il est du moins constant que le palais et le pharynx n'ont pas été envahis les premiers.

3° *M. Vidal* présente encore *le foie et les voies biliaires* d'un enfant âgé de sept ans, mort avec les symptômes d'une double broncho-pneumonie, auxquels étaient venus se joindre ceux du choléra. A l'ouverture du cadavre, on trouva une lésion inattendue, — la *vésicule biliaire* était énormément distendue, amincie, comme prête à se rompre. Une incision en fit écouler 125 grammes environ d'un liquide semblable à une solution gommeuse et tenant en suspension des filaments verdâtres qui étaient manifestement formés par la matière colorante coagulée. La muqueuse était granuleuse, amincie, ulcérée, détruite dans certains points, où le péritoine formait toute la paroi de la vésicule. Des adhérences, en apparence anciennes, unissaient cet organe au côlon. Le canal cystique ne peut être suivi à son embouchure dans la vésicule; au niveau de son entrée se trouve un ganglion lymphatique volumineux.

M. Gubler attribue la distension de la vésicule à la pression de ce ganglion comprimant le canal. Il a vu un cas semblable.

MM. Cruveilhier et Gubler insistent sur les symptômes quelquefois formidables dus à des lésions, en apparence légères, du péritoine.

M. Cruveilhier déclare la *cystite biliaire*, une des maladies les plus graves, susceptible d'amener la mort même avant la perforation, et donnant lieu à la gangrène de la membrane muqueuse avec une extrême rapidité.

M. Dufour a vu un cas de *cholécystite essentielle*, où, après quelques symptômes mal définis, il survint une péritonite suraiguë. Une ulcération large comme une pièce de dix sous s'était faite à la vésicule, et la bile s'était épanchée dans le péritoine.

M. Broca, après avoir examiné les *granulations jaunâtres*,

que l'on trouve en grand nombre dans la vésicule présentée par M. Vidal, se demande si ce sont là des eschares ou des pseudo-membranes. M. Cruveilhier penche pour la première opinion. M. Broca observe que des vaisseaux se voient à la surface de ces granulations, et les regarde plutôt comme des fausses membranes.

M. Gubler dit que les inflammations de la vésicule se rattachent quelquefois à des causes occasionnelles de peu de gravité en apparence. Une femme de cinquante ans entra dans le service de M. Trousseau pour une péritonite suraiguë. Elle mourut en peu de jours. A l'autopsie, on trouva la vésicule biliaire pleine d'un liquide crémeux, d'un véritable pus, qui fut reconnu tel à l'examen microscopique. Il existait dans l'intestin grêle une seule plaque de Peyer, ulcérée et même gangrenée : c'était une fièvre typhoïde. M. Andral cite dans sa clinique deux cas de cholestite.

M. Axenfeld rappelle qu'en 1852 M. Archambault a montré à la Société une perforation de la vésicule biliaire, survenue également dans le cours d'une fièvre typhoïde. L'épanchement de bile avait été limité par des adhérences établies entre le foie, le côlon transverse et la paroi abdominale.

4° La dernière présentation de M. Vidal consiste dans l'appareil urinaire d'une fille de neuf ans. Des granulations tuberculeuses existaient dans les deux reins. Les bassinets, les calices, les uretères en sont littéralement semés. La vessie offre une large ulcération de même nature. L'urètre est sain.

OBSERVATION.

Ligature de l'artère fémorale datant de seize ans. — Par M. Luys, interne des hôpitaux.

Le sujet qui fait l'objet de cette observation (Léry, soixante-six ans, journalier, rue de Charenton, Bercy) était entré à l'hôpital Lariboisière, service de M. Chassaignac, pour y être traité d'une affection organique du larynx, à la suite de laquelle il succomba (10 juin).

On reconnut qu'il portait à la partie supérieure et interne de la cuisse droite une ancienne cicatrice, à l'endroit où, il y

a seize ans, il reçut un coup de couteau dirigé horizontalement en dedans.

En présence d'une hémorrhagie très abondante, le chirurgien qu'il consulta tenta de porter une *ligature* dans la plaie même : ce fut en vain, car le sang continua de couler. Force lui fut de recourir à la ligature de l'artère fémorale à son tiers supérieur.

En explorant avec le doigt le trajet de l'artère, on sent au-dessus de la ligature une propulsion très énergique, le vaisseau bat avec force, et semble très manifestement doublé de volume. Au-dessous de la ligature, la poussée sanguine cesse brusquement, on ne la retrouve plus qu'au tiers inférieur de la cuisse. L'artère poplitée et la pédieuse, ainsi que la tibiale postérieure explorées, se présentent avec leurs battements normaux, ils semblent peut-être un peu affaiblis.

Il faut noter que le malade nous dit se sentir plus faible du membre inférieur droit.

Il succombe bientôt aux progrès de la lésion organique du larynx.

Une injection au suif coloré par le vermillon fut poussée un peu au-dessus de la bifurcation terminale de l'aorte.

On peut alors constater par la dissection :

1° Que l'artère était au-dessus de la ligature augmentée de volume (3 centimètres de circonférence) ;

2° Qu'au-dessous elle présentait, dans une étendue de 18 centimètres, l'épaisseur d'une plume de corbeau ;

3° Que la circulation s'était rétablie au moyen de la fémorale profonde, dont le tronc, considérablement amplifié, présentait le calibre de la fémorale ordinaire ;

4° Que le calibre du vaisseau lié contenait un dépôt d'apparence fibrineuse, dont *M. Ch. Robin* a bien voulu faire l'analyse, et dont il m'a communiqué le résultat, que je transcris plus bas.

Voici à peu près la disposition des conduits vasculaires, et par quel mécanisme la circulation s'était rétablie dans la portion inférieure du membre.

Immédiatement au-dessus de la ligature naît la fémorale profonde, dont le calibre égale celui de la fémorale à l'état normal ; ce tronc se trifurque en :

1° Tronc antérieur qui se divise lui-même en deux branches : une branche longitudinale que l'on peut suivre au-devant du

droit antérieur jusqu'au réseau périartculaire du genou (grande musculaire); et 2° une branche plus petite (circonflexe interne), qui, dirigée transversalement en dehors, va se perdre au niveau du grand trochanter.

2° Un tronc interne qui remonte obliquement en dedans et en haut, et va se perdre au pourtour du trou sous-pubien.

3° Enfin le tronc même de la fémorale profonde, qui descend verticalement en bas et en arrière pour s'accoler à la face postérieure du fémur, et qui, après avoir fourni des branches transversales internes et externes, va, au moyen d'une de ces branches transversales, interne, très développée, et croisant sa direction à angle droit, s'anastomoser à plein canal avec la fémorale superficielle, qui, à ce niveau, reprend son calibre normal, c'est-à-dire au niveau de l'anneau du troisième adducteur.

La poplitée et les artères de la jambe sont normales.

Voici la description que m'a communiquée *M. Robin de ce qui paraissait être le caillot* (4), c'est-à-dire de la matière d'apparence fibrineuse qui remplissait la cavité du vaisseau au-dessous de la ligature :

On voit l'artère autrefois liée; la tunique adventice avec sa structure normale; la tunique élastique, mais pourtant plus mince et à fibres élastiques, moins nettement isolable; la tunique interne plus adhérente à la moyenne qu'à l'état normal, mais structure normale.

On voit un vaisseau de nouvelle formation développé dans la cavité de l'artère anciennement liée. Ses parois sont nettement marquées. Pas de trace de fibrine et d'ancien caillot, ni de capillaires, ni de globules sanguins dans l'épaisseur de ses parois.

Le vaisseau de nouvelle formation, qui a un certain calibre du diamètre de un millimètre, est trouvé distendu par la matière à injection.

Sur la tunique moyenne de ce vaisseau nouveau il est impossible d'y retrouver une tunique interne séparable. Cette tunique représentant à la fois l'interne et la moyenne est d'un blanc jaunâtre; elle est formée de fibres de tissu cellulaire en faisceaux circulaires, accompagnées de minces fibres élastiques. Très fine, flexueuse, rarement anastomosée, visible seulement après l'action

(4) Un caillot de seize ans!

de l'acide acétique, cette couche a un quart de millimètre d'épaisseur.

La couche la plus épaisse, rougeâtre, est facile à détacher de la tunique interne de l'ancienne artère; elle se déchire facilement en long; elle est très résistante, formée de fibres de tissu cellulaire longitudinales, légèrement onduleuses, très adhérentes, entremêlées çà et là d'hématoïdine amorphe. L'acide acétique y fait découvrir des noyaux fibro-plastiques peu abondants; elle ne renferme ni fibrine, ni fibres élastiques.

Il résulte de ceci qu'un nouveau vaisseau artériel s'était développé dans la cavité de l'ancienne artère; que ce vaisseau nouveau présentait une tunique interne et une tunique externe, tenant lieu d'une tunique interne et élastique.

Ce vaisseau nouveau a été suivi par *M. Robin* sur un tronçon du canal fibreux de l'ancienne artère dans une étendue de 4 centimètres. Il resterait à établir sa continuité et son mode de communication avec les portions supérieure et inférieure des vaisseaux.

Rapport de M. Caron, interne des hôpitaux.

La pièce que nous avons eu à examiner est relative à une artère fémorale liée il y a seize ans. L'histoire de cette pièce nous a paru présenter quelques particularités intéressantes.

Je n'ai pas besoin de reproduire cette observation et les détails que *M. Robin* a ajoutés. Il suit de ces faits :

1° Que dans ce cas, de même que dans la plupart de ceux qu'on a cités, la fémorale profonde a fait à elle seule les frais de rétablissement de la circulation ;

2° Que la ligature portait immédiatement au-dessous de la naissance de la fémorale profonde, et qu'il n'y a pas eu d'hémorrhagie consécutive, ce qui semblerait infirmer l'importance que l'on attache à placer la ligature le plus loin possible d'une collatérale ;

3° Que de nouveaux vaisseaux peuvent se développer dans la cavité d'un vaisseau oblitéré, et devenir ainsi les agents du rétablissement de la circulation.

Ce sont ces trois points que nous allons passer en revue.

§ 1^{er}. Dans l'immense majorité des cas, la circulation se rétablit au moyen de la fémorale profonde. C'est un fait qui

n'est douteux pour personne, et nous pourrions au besoin appuyer notre affirmation d'observations assez nombreuses et d'autorités assez respectables pour prouver que nous ne nous sommes pas avancés à la légère. Nous nous contenterons d'en citer quelques-uns. Ainsi, nous avons trouvé dans la *thèse* de M. Goujon (Paris, 1845) plusieurs cas relatifs à la ligature de l'artère fémorale, et au mode suivant lequel la circulation s'était rétablie.

Astl. Cooper fit la ligature de la fémorale pour un anévrysme poplité. Il vit, sept ans après, par la dissection du membre, que la circulation se faisait par des anastomoses de la fémorale profonde dilatée avec les articulaires inférieures, et surtout par des rameaux tortueux émanés de la même source, supportés par le nerf sciatique et ses divisions, et unis ensuite avec les jumelles et les tibiales.

M. Gosselin a rapporté le cas suivant : la fémorale droite avait été liée par M. Roux.

La fémorale profonde est aussi volumineuse que la superficielle, et les branches qu'elle fournit ont toutes acquis un volume considérable. De la terminaison de cette fémorale profonde, on voit naître une grosse artère qui, après 3 pouces de trajet, vient s'anastomoser largement avec un tronc venant directement de la poplitée au-dessous de l'anneau du troisième adducteur. C'est cette artère, qui n'existe pas normalement, qui est devenue la cause du rétablissement de la circulation. De la partie inférieure de la profonde, près l'anneau du troisième adducteur, naît une autre branche anastomotique descendant sur la face interne du tibia pour se jeter dans la tibiale postérieure.

Dans un cas de ligature rapporté par M. Blandin (*Journal hebdomadaire*, 1830), pour un anévrysme siégeant au niveau de l'anneau du troisième adducteur, la circulation s'était rétablie par la fémorale profonde dont le volume était double. Elle donnait naissance à la petite musculaire qui était très amplifiée. Elle descendait très obliquement en dehors, au-dessous du couturier et du droit antérieur; elle était volumineuse et allait s'anastomoser à la partie interne de la cuisse, avec la branche profonde et transversale de l'articulaire supérieure externe de la poplitée, qui, elle-même, était très dilatée. Celle du nerf sciatique, du volume d'une plume de corbeau, naissait d'une grosse branche de la seconde perforante, et, après avoir décrit plusieurs cour-

bures, allait s'anastomoser avec une branche également très dilatée, naissant de la partie postérieure de la poplitée.

Dans un autre cas cité par M. Bougard, de Bruxelles, la circulation s'était rétablie au moyen de la fémorale profonde, par le moyen des articulaires et des jumelles.

Que la ligature ait été portée au-dessus ou au-dessous de la profonde, les nombreuses anastomoses que nous connaissons à la cuisse sont de nature à nous faire espérer un rétablissement facile de la circulation, et tendraient à éloigner la crainte de gangrène, qui vient si souvent effrayer le chirurgien dans les opérations de ce genre.

On est heureux de pouvoir vous dire que l'étude des faits est venue confirmer les déductions si légitimes de nos connaissances anatomiques. Ainsi, dans la *thèse* de M. Casamayor, on trouve 46 cas d'oblitérations, tant spontanées qu'effectuées par l'art, soit de la fémorale, soit de l'iliaque externe, et 1 cas d'oblitération des iliaques externes et internes des deux côtés. Dans ce dernier cas, et dans 4 des 46 premiers, les canaux de communication qui existaient entre les artères du tronc et les artères de la cuisse ont maintenu la vie dans le membre inférieur. Dans les 5 autres, le membre a été attaqué de gangrène; toutefois, dans 2 de ces cas, la mortification était, lors de la mort des malades, bornée à la partie inférieure du membre, et, dans un autre où le malade a survécu à cet accident, il a eu le bonheur de conserver la cuisse et une partie de la jambe. V. Mott, sur un relevé de 50 cas, n'a perdu qu'un seul malade; et Roux assure avoir guéri tous ses opérés.

Loin de nous, cependant, l'intention de faire de la ligature de la fémorale une opération de peu de gravité, car nous voyons, dans le relevé de M. Casamayor, périr 1 malade sur 10, et nous serions bien plus embarrassé encore pour concilier notre asser-tion avec cet extrait de la *Médecine opératoire* de M. Velpeau (t. II, p. 146, 1839). La ligature de la fémorale est une opération plus dangereuse que le dire des chirurgiens modernes tenterait de le faire croire. Je trouve, sur environ 60 cas, 12 exemples de gangrène et 13 d'hémorrhagie, sans compter les abcès. L'hémorrhagie est, du reste, survenue le 3°, 4°, 9°, 15°, 21°, 22°, 12° jour, 2 fois le 16° et 8° jour, et 2 fois le 40° jour.

§ II. Relativement à notre deuxième proposition, dans laquelle

nous établissons que *la ligature avait été placée immédiatement au-dessous de la profonde*, et qu'il y avait moins d'importance qu'on ne le croyait généralement à s'éloigner le plus possible de toute collatérale, nous allons avoir à examiner :

A. D'abord, si la ligature était bien située au point précis que nous indiquons.

Il vous semblera peut-être singulier que nous nous posions une semblable question, l'inspection et l'étude sérieuse d'une pièce anatomique vous paraîtraient plus que suffisantes pour lever toute espèce de doute à cet égard ; cependant, lorsque M. Luys vous a fait cette présentation, cette objection lui a été soumise par un des membres les plus éminents de la Société, et nous ne pouvons nous dispenser d'y répondre.

Nous partageons complètement l'opinion de M. Luys sur le siège précis de la ligature, et nous nous fondons : 1° sur ce que l'artère immédiatement au-dessus du lieu présumé de la striction se dilate d'une manière considérable et se rétrécit brusquement au-dessous ; 2° sur ce que le point où elle change ainsi de calibre correspond à la cicatrice cutanée.

B. Ceci posé, il nous reste à savoir comment il se fait que dans un cas où la ligature a été placée aussi près d'une grosse collatérale, il n'y ait pas eu d'hémorrhagie. Nous touchons ici, messieurs, à une des questions les plus intéressantes et les plus vivement débattues de la chirurgie : il s'agit de savoir comment se cicatrisent les plaies des artères.

Tout le monde connaît les idées de J.-L. Petit ; mais déjà Morand, dans les *Mémoires de l'Académie des sciences* (Paris, 1736, p. 321), les attaque et soutient que le caillot n'est pas l'obstacle unique et définitif à l'écoulement du sang ; il faut, dit-il, que les bords de la plaie se recollent entre eux. Quelque forme qu'ait le caillot qui doit servir de bouchon, c'est le bout de l'artère qui a été son moule. Si l'on suppose le tuyau conservé dans le même état où il était au moment de sa section, et sans avoir changé ni de forme ni de diamètre, le caillot, moulé dans sa capacité, formera un cylindre uniforme aux deux bouts, et sera, par conséquent, un bouchon incapable d'arrêter le sang, parce qu'il pourra à tout instant être chassé par la colonne du fluide qui le suit.

Il admet le froncement des fibres circulaires de l'artère, et le

raccourcissement du vaisseau, suivant sa longueur, par les fibres longitudinales. Cette crispation est produite par les mêmes lois suivant lesquelles une corde attachée aux deux bouts se raccourcit si on la partage en deux, et ce raccourcissement est proportionnel à la tension de la corde.

Il suit de là que les parois de l'artère se rapprochant de plus en plus de l'axe, le vaisseau devient, en se rétrécissant, un cône dont le sommet est à la cicatrice, et, par cela même, le caillot devient au niveau de la cicatrice un peu plus pointu qu'il n'était. Enfin la capacité de l'artère s'oblitére tout à fait dans une étendue plus ou moins grande et dégénère en une espèce de ligament ; et, comme le caillot a toujours été serré de plus en plus, de la pointe du cône vers sa base, il s'amincit peu à peu et s'anéantit par la suite. « Si donc, dit-il, le caillot peut, pendant quelque temps, suspendre l'hémorrhagie, c'est l'artère elle-même cicatrisée qui doit l'empêcher pour toujours. »

Si nous avons si longuement analysé les idées de Morand, c'est que nous en avons pu constater toute l'exactitude sur cette pièce où nous n'avons pas trouvé de trace de caillot, mais où existait manifestement cette réunion, cette cicatrisation des tuniques internes du vaisseau.

M. Manec, dans son *Traité théorique et pratique de la ligature des artères*, n'attribue pas la même importance aux parois vasculaires : il laisse le principal rôle au caillot, et insiste sur les modifications que la présence d'une collatérale peut lui faire subir, surtout si elle est volumineuse. En effet, dans ce cas le caillot peut n'acquérir le volume nécessaire pour remplir le vaisseau que dans une certaine étendue, tandis que dans le reste de sa longueur, il demeure plus grêle : d'autres fois, et c'est ce qui arrive lorsque la collatérale est encore plus rapprochée, le caillot devient libre et flottant dans toute sa longueur. Comment expliquer alors l'absence d'accidents à la chute de la ligature ?

Les auteurs du *Compendium de chirurgie* nous offrent une théorie bien plus satisfaisante ; ils font concourir à la cessation de l'hémorrhagie, également, et la présence du caillot, et l'action propre du cylindre artériel. Le caillot qui se forme, disent-ils (F. 2, p. 137), s'étend du lieu de la ligature jusqu'à la première collatérale. Ce caillot est d'autant plus long et plus gros que la collatérale est plus éloignée de l'endroit lié. Il manque

complètement, s'il n'y a que quelques millimètres entre les deux, et si les artères sont volumineuses.

L'occlusion du vaisseau a lieu, suivant eux, par un caillot fibrineux qui remplit l'artère dans une certaine étendue, par la lymphe plastique qui fixe ce caillot dans la place qu'il occupe et maintient l'artère froncée dans le point où le fil l'a coupée, par la même lymphe plastique versée au dehors du vaisseau, et qui soutient les deux extrémités de l'artère comme le cal provisoire unit les fractures. Puis ils ajoutent, page 71 : « A mesure » que le caillot diminue, les parois artérielles se rapprochent de » plus en plus du centre, et, lorsque toute trace de sang a disparu, » la lumière du vaisseau se trouve complètement effacée, et » l'adhérence de la tunique interne à elle-même dans toute son » étendue est rendue définitive à l'aide de la lymphe plastique » sécrétée à sa surface. »

M. Notta, tout en faisant jouer au caillot, dans sa *Thèse inaugurale*, le principal rôle dans l'oblitération artérielle, insiste particulièrement sur ce point, que les collatérales, quelque petit que soit leur calibre, suffisent pour s'opposer à la formation d'un caillot durable.

Comme, dit-il, la situation des petites collatérales est indéterminée, il s'ensuit que l'on ne peut jamais être sûr d'avoir un caillot suffisant pour mettre à l'abri d'une hémorrhagie secondaire.

Ainsi, d'après les quelques citations que nous venons de faire, et que nous aurions encore pu multiplier, nous voyons tous les auteurs, soit qu'ils fassent la part plus grande au caillot ou aux parois artérielles dans la cicatrisation du vaisseau, ériger en principe que la ligature doit être le plus éloignée possible de la première collatérale.

Mais si, d'une part, lorsque le caillot manque, la cicatrisation se fait au moyen d'une sécrétion de lymphe plastique; si, d'une autre part, le voisinage d'une petite collatérale suffit pour empêcher la formation de ce caillot durable, et si l'on ne peut jamais être sûr de ne pas se trouver dans ces conditions, pourquoi faire un principe si sévère de ne pas poser une ligature près d'une collatérale?

§ III. Nous avons déjà donné la description, d'après *M. Robin*, d'un vaisseau de nouvelle formation développé dans la cavité de l'artère oblitérée; nous n'y reviendrons que pour ajouter que ce

que M. Robin avait décrit dans un tronçon du cordon fibreux, M. Luys l'a constaté, sous nos yeux, jusqu'au niveau de la ligature; mais, sans pouvoir dire si ce vaisseau nouveau se prolongeait au delà de cette ligature, nous voulons seulement signaler, en terminant, que les cas de ce genre ne sont pas nouveaux, et que déjà des auteurs en avaient parlé.

Nous ne citons que pour mémoire les expériences de Parry, qui, ayant lié la carotide d'un mouton ou retranché une partie de cette artère, assure avoir trouvé quelque temps après la circulation rétablie par plusieurs artérioles parallèles, qui, au lieu même de la partie oblitérée ou retranchée, se portaient directement du bout de l'une au bout de l'autre. Des résultats aussi singuliers trouveraient bien des incrédules parmi nous, et déjà Casamayor nous avait précédés, car il dit avoir répété sept fois l'expérience sur des chiens de haute stature sans résultat semblable. Il a trouvé, un mois et demi, trois mois après l'opération, l'artère complètement convertie en cordon fibreux, et les deux bouts résultant de sa section confondus avec les muscles voisins et le tissu cellulaire; il laisse une chose à regretter, il ne dit pas s'il a examiné l'intérieur de ce cordon fibreux.

Mais Blandin ayant injecté la fémorale d'un homme à qui on avait pratiqué la ligature de cette artère quelque temps auparavant, pour un anévrysme siégeant à l'anneau du troisième adducteur (*Journal hebdomadaire*, 1830), décrit, dans la cavité de l'artère, un vaisseau injecté tout à fait analogue à celui qui nous occupe.

Le caillot fibrineux placé dans l'artère entre le point qui fut lié et celui qui présentait les restes de l'anévrysme contient un vaisseau dans lequel a pénétré la matière à injection. Ce vaisseau a son tronc continu avec la lumière d'une petite branche qui naissait de la fémorale à la partie moyenne de la cuisse. C'est ainsi qu'il put être injecté, et que pendant la vie il recevait du sang qui distribuait des matériaux nutritifs dans le bouchon fibreux placé à l'intérieur de l'artère. Ce curieux vaisseau se distribuait en deux petites branches, l'une ascendante, l'autre descendante, subdivisées elles-mêmes en rameaux de plus en plus ténus. A ces caractères il était impossible de méconnaître un vaisseau artériel de nouvelle formation, une véritable artère. Puis il ajoute : Un vaisseau du même genre, tout aussi rond, tout

aussi bien injecté par le suif, plus tenu seulement que le premier, existait dans le petit coagulum qui se trouvait au-dessous du sac anévrysmal, à la partie supérieure de la poplitée.

Il est bien à regretter que Blandin n'ait pas jugé à propos de nous donner les rapports de ces nouveaux vaisseaux avec le sac anévrysmal : on comprend quelle importance cela pourrait avoir si le sang revenait ainsi dans la tumeur.

OBSERVATION.

Luxation incomplète du fémur en arrière et en bas. — Par M. Bidard, interne des hôpitaux.

Ménager, vingt-huit ans, couvreur, entre le 6 juillet à l'hôpital Necker, dans le service de M. Lenoir.

Cet homme vient de tomber de 18 mètres de hauteur, il est sans connaissance, et présente plusieurs fractures des membres, une fracture du crâne avec plaie, et une luxation en arrière de la cuisse droite. Cette luxation est réduite avant que nous puissions voir le malade, et nous savons seulement que le membre était dans la rotation en dedans, un peu fléchi sur le bassin, et que la réduction s'obtint immédiatement en soulevant la cuisse, et la tournant un peu en dehors.

La mort survient quinze heures après l'accident.

Autopsie quarante-huit heures après la mort. — En avant existe une infiltration de sang dans le tissu cellulaire situé entre le moyen fessier, le psoas iliaque et le tendon du droit antérieur. La face superficielle de l'obturateur externe est également colorée par du sang épanché. Le muscle grand fessier n'est pas altéré, le tissu cellulaire qui le sépare des muscles de la couche profonde contient beaucoup de sang ; lorsqu'il est enlevé, la face externe des muscles moyen fessier pyramidal et jumeau supérieur apparaît sans altération. Le jumeau inférieur est contus, ecchymosé. Le carré crural présente une déchirure verticale, à bords noirâtres, assez nettement coupés, comprenant les deux tiers supérieurs du muscle, et ne laissant intact qu'un petit faisceau horizontal inférieur, large de moins de 2 centimètres. Le grand fessier recouvre cette rupture.

En introduisant le doigt à travers la déchirure du carré cru-

ral, on le fait pénétrer dans une sorte de cavité formée par le tissu musculaire refoulé, au fond de laquelle on touche la tête du fémur sans intermédiaire, et la partie antérieure de la gouttière qui surmonte la tubérosité de l'ischion. Cette cavité musculaire est limitée en bas et en avant par l'obturateur externe et la petite portion non déchirée du carré crural, en haut par le tendon de l'obturateur interne et les jumeaux, en bas et en arrière par la tubérosité ischiatique et les muscles qui s'y insèrent. Cette cavité se prolonge en avant sous l'obturateur externe, dont la moitié postérieure est décollée à sa face profonde et n'adhère que par sa circonférence.

On peut reproduire facilement la luxation; chaque fois elle offre les mêmes caractères, et l'on peut en quelque sorte décrire deux degrés de déplacement. Dans le premier, la tête fémorale prend place dans la cavité musculaire que je viens d'indiquer, elle écarte fortement les lèvres de la déchirure du carré de la cuisse, repousse d'une manière notable en arrière et en haut les jumeaux et les tendons de l'obturateur interne et du pyramidal, soulève et fait bomber l'obturateur externe, et appuie sur la partie supérieure et un peu antérieure de la tubérosité de l'ischion, dans la gouttière qui la surmonte. Le fémur est alors demi-fléchi sur le bassin, dans une adduction et rotation en dedans modérées. Rien ne s'oppose à ce qu'on exagère cette flexion; l'extension, au contraire, offre quelque résistance. Toutefois on l'obtient en pressant modérément sur le fémur pour l'étendre; mais alors la rotation en dedans s'exagère beaucoup, le déplacement augmente et arrive à son second degré.

En effet, la tête du fémur a traversé entièrement le carré crural, est venue se placer au dehors de lui sous le grand fessier, et le col est embrassé par une sorte de large boutonnière formée sur les côtés par les bords de la déchirure du carré fémoral, en bas par le faisceau conservé de ce muscle, en haut par le jumeau inférieur. Le col et la portion attenante de la face antérieure de la tête appuient sur le sourcil cotyloïdien; la presque totalité de la tête fémorale, placée immédiatement sous le grand fessier, en dehors du nerf sciatique, est portée vers la partie inférieure et externe de l'échancrure sciatique, un peu au-dessous du niveau de l'épine sciatique, mais à 4 centimètres en arrière et en dehors du sommet de cette épine. Dans ce déplacement, le bord

antérieur du grand trochanter appuie sur le pourtour de la cavité cotyloïde et son sommet le déborde en arrière et en haut.

Par la simple flexion du fémur sur le bassin, le premier degré de la luxation reparaît, la tête vient d'elle-même prendre place dans la cavité musculaire, a une certaine tendance à se porter vers la fosse ovale en soulevant l'obturateur externe, et est alors séparée de la cavité cotyloïde par le sourcil cotyloïdien, qu'elle franchit immédiatement dès qu'on ajoute à la flexion une légère rotation en dehors.

La capsule articulaire est déchirée le long de la ligne intertrochantérienne postérieure. Cette déchirure a 7 centimètres de longueur; ses bords sont nettement coupés et ne présentent qu'une petite échancrure vers la partie moyenne. Lorsque le fémur est étendu sur l'os iliaque, la déchirure occupe la demi-circonférence postéro-inférieure de l'articulation. Les parties antérieure et supérieure de la capsule sont saines. Le ligament rond est arraché à son insertion fémorale et reste dans la cavité articulaire.

Cette luxation est bien une luxation incomplète, puisqu'une partie, à peine notable, il est vrai, de la tête du fémur est encore en rapport avec l'aire du cotyle. La nature du déplacement doit la faire ranger à côté des observations de luxation en arrière et en bas signalées par MM. Robert et Després. La déchirure du carré crural, que nous avons également rencontrée dans un cas de luxation ilio-ischiatique, nous paraît devoir appeler l'attention. Elle explique, en effet, le mécanisme de la réduction, montre l'importance de la rotation unie à la flexion, fait comprendre la supériorité de la méthode de réduction de M. Després ou de Fischer, et prouve enfin que les tractions exercées sur le membre ne peuvent être qu'impuissantes et dangereuses.

OBSERVATION.

Rougeole, scarlatine, coryza couenneux, otite couenneuse double, parotide. hémiplegie faciale gauche (service de M. Blache). — Par M. Vidal, interne des hôpitaux.

C'est un jeune garçon de six ans et demi, entré le 3 mai à l'hôpital. Il est atteint, depuis deux jours, d'une rougeole assez bénigne.

Le 6, ce petit malade est pris d'une fièvre intense avec accablement ; on trouve une bronchite capillaire, surtout à droite.

Le 8, une scarlatine est bien déclarée. Mais avec l'angine scarlatineuse, la rougeur pointillée et le gonflement de l'isthme du gosier et des amygdales, il existe un coryza couenneux (les fausses membranes sont surtout développées à droite), du délire.

Le 10, prostration extrême, engorgement ganglionnaire considérable, surtout à gauche.

Le 15, voix un peu altérée, toux rauque, pas de fausses membranes dans l'arrière-gorge ; otite externe avec fausses membranes du côté gauche.

L'engorgement a envahi la région parotidienne en remontant. Fluctuation. On passe un petit séton ; écoulement de pus fétide, très clair et jaunâtre.

Le 25, l'engorgement ganglionnaire a envahi le côté droit.

Le 28, bouffissure de la face, diarrhée, symptômes plus alarmants.

Le 2 juin, il y a de la fluctuation à droite ; à gauche, l'abcès semblait vidé ; cependant il restait des trajets fistuleux dus au passage des deux bouts du séton ; eschares au sacrum.

Le 6, le pus est revenu en abondance du côté gauche ; il est sanieux, fétide ; l'otite est de plus en plus intense ; hémiplegie faciale de ce côté.

Le malade, dont la prostration est extrême, va s'affaiblissant de jour en jour. L'abcès fournit un écoulement très abondant, ainsi que l'oreille gauche, et en pressant sur l'abcès, on fait refluer le pus par le conduit auditif externe. Le petit malade succombe le 25 juin sans avoir présenté d'accidents cérébraux.

Autopsie. — Vaste foyer purulent contenant des détritux gangréneux, noirâtres, remontant derrière l'angle de la mâchoire, ayant détruit une partie de la parotide, gagnant la fosse zygomatique, contournant l'articulation temporo-maxillaire, communiquant avec l'oreille externe.

Le *nerf facial*, à la sortie du trou stylo-mastoïdien, est plus gros qu'à l'état normal ; le névrilème est enflammé. L'*oreille interne* est remplie d'un pus brun, fétide, au milieu duquel nagent les osselets et des débris osseux. L'os est carié. En suivant le *nerf facial* dans l'*aqueduc*, on le trouve détruit dans sa troisième courbure. Il est ramolli et comme converti en détritux jaunâtre.

Le *cerveau* offre les altérations suivantes : Phlébite des sinus de la dure-mère ; caillots adhérents dans le sinus longitudinal supérieur, dans le confluent et dans les sinus transverses. Des veines qui se rendent au sinus longitudinal, à la convexité de l'encéphale, les unes sont remplies de caillots adhérents, d'autres contiennent du pus. Elles sont entourées d'une atmosphère inflammatoire. Il y a un épanchement séreux, assez abondant dans les mailles de la pie-mère.

OBSERVATION.

Angine et glossite gangréneuse succédant à une angine pseudo-membraneuse suite de scarlatine (service de M. Blache). — Par M. Vidal, interne des hôpitaux.

Il s'agit d'un petit garçon de deux ans et demi, entré le 19 juin. Depuis dix jours, il est affecté de scarlatine. Depuis trois jours, on trouve du coryza, une angine avec engorgement ganglionnaire.

Le 20 juin, coryza couenneux, fausses membranes dans la narine droite. Toute l'arrière-gorge est couverte de fausses membranes. On sent une odeur fétide ; la voix est altérée, la toux rauque. Engorgement considérable des ganglions sous-maxillaires des deux côtés. Pouls très-faible (144 puls.).

Le 21 juin, on sent une odeur gangréneuse insupportable. La prostration est extrême ; dysphagie très prononcée. Mort le 22 juin.

A l'autopsie, on trouve : Gangrène du *pharynx*, de la *luette*, de la base de la *langue*, à gauche, ayant détruit l'*amygdale gauche* et la partie antérieure de l'*épiglotte*. Points noirâtres, gangréneux, en arrière de la *fosse nasale droite* et sur les cornets inférieurs.

Les *poumons* offrent quelques points peu étendus de pneumonie lobulaire.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

XXIX^e ANNÉE.

Bulletin N^o 9. — Septembre 1854.

révisé

PAR LE DOCTEUR BAUCHET, SECRÉTAIRE.

SOMMAIRE.

Extrait des procès-verbaux des séances de la Société.

1. Perforation du cæcum par un lombric. — 2. Tumeur du fémur. — 3. Luxation du fémur, fracture du crâne. — 4. Hernie ombilicale. — 5. Kyste pileux de l'ovaire. — 6. Luxation de la rotule. — 7. Corps étranger dans le ligament interosseux de la jambe. — 8. Fracture du radius. — 9. Moule en plâtre pour appuyer quelques considérations sur l'orifice uréthro-vésical. — 10. Hypertrophie des ganglions bronchiques. — 11. Trachéotomie. — 12. Altération des valvules du cœur. — 13. Fracture de la cavité cotyloïde. — 14. Abscès au bas-fond de la vessie. — 15. Amputation du pouce. — 16. Cancer de l'avant-bras.

OBSERVATIONS : Tubercules du rocher, etc., par M. Tassel. — Emphysème de l'intestin, par M. Tassel. — Exostose du fémur, varices du col de la vessie, etc., par M. Guyon. — Rapport de M. Marcé.

PRÉSIDENCE DE M. CRUVEILHIER.

M. Bailly montre le cæcum d'un enfant qui a succombé à une diarrhée cholériforme. Cet organe présente une perforation très petite par laquelle s'est glissé un lombric. Le corps de cet helminthe est à demi engagé à travers la perforation, et les diamè-

tres de celle-ci sont tels que le lombric est fortement serré et comme étranglé. M. Bailly croit que l'ouverture n'est pas due à une inflammation ulcération, car il n'y en a pas de traces au pourtour de la perforation, mais qu'elle a été faite par le ver lui-même.

M. Cruveilhier partage cette opinion, et fait remarquer que ce qui semble la confirmer, c'est que le péritoine est appliqué sur le lombric et a dû être soulevé avant d'être perforé. Ce fait est fort important à constater; ce serait le premier qui se présentât avec cette évidence, et il est fort remarquable, puisque les ascarides lombricoïdes sont dépourvus d'organes perforateurs.

M. Houet rappelle que le musée d'anatomie pathologique possède une pièce analogue dans laquelle un *ascaride lombricoïde* a de même perforé l'*appendice iléo-cæcal*, et son corps, engagé dans la perforation, est à moitié dans la cavité du péritoine.

2. *M. Verneuil* présente une pièce adressée par *M. Lenoir*: c'est une tumeur du volume de deux poings environ qui a envahi l'*extrémité inférieure du fémur* d'un jeune homme de seize ans, et qui a nécessité l'amputation de la cuisse. L'examen microscopique a été fait avec soin; on n'y a pas retrouvé d'élément cancéreux, mais cette étude permet d'affirmer qu'il s'agit d'une tumeur *fibro-plastique*. Cette tumeur très vasculaire, ou mieux ce tissu fibro-plastique est disposé par masses irrégulières, de consistance variable, contenant quelques kystes dont quelques-uns sont remplis de sang. Un premier amas se rencontre dans le canal médullaire; il est séparé d'un second par le tissu compacte de l'os, qui a environ un demi-centimètre d'épaisseur. Le périoste épaissi est interposé entre cette deuxième et une troisième couche, continue elle-même avec une quatrième masse étalée entre les muscles et les aponévroses (1).

Au milieu de la masse fibro-plastique, on trouve des ossifications formées d'aiguilles parallèles entre elles et en général perpendiculaires à la surface osseuse. *M. Verneuil* considère la présence de ces aiguilles comme presque caractéristique et spéciale aux tumeurs fibro-plastiques des os. En tout cas, ce n'est pas une altération qui appartiendrait en propre au cancer.

(1) *M. Cruveilhier* avait appelé cette tumeur *ostéochondrophyte*.

M. Foucher combat cette opinion trop générale de *M. Verneuil*. Il a vu des aiguilles osseuses semblables dans des tumeurs d'une tout autre nature. L'une d'elles a été présentée par lui à la Société : c'était une simple tumeur hypertrophique de l'os coxal (1).

3. *M. Parmentier* présente deux pièces provenant d'un blessé âgé de trente ans, et qu'il a recueillies dans le service de *M. Demarquay*, à la Maison de santé.

Cet homme avait été renversé par un train de chemin de fer lancé à toute vitesse. Le malade avait eu le pied droit et le tibia gauche écrasés. La jambe gauche a dû être amputée. Le malade a vécu deux mois. A l'autopsie seulement, on trouve une luxation sous-pubienne du fémur gauche. La capsule est largement déchirée en avant, le ligament rond n'existe plus, tous les muscles situés au-devant de l'articulation sont lacérés, hormis le psoas iliaque qui est seulement tendu. Le membre est dans la rotation en dehors. La tête du fémur appuyée sur les vaisseaux, le nerf obturateur repose par sa partie postérieure sur l'échancrure antérieure du sourcil cotyloïdien (qui est fracturé en cet endroit) et présente une rainure assez profonde.

M. Axenfeld rappelle que, dans un cas de luxation dans le trou oval (cité à propos des suppurations consécutives aux déplacements articulaires), la rotation de la cuisse n'avait rien de bien frappant et n'était guère plus marquée que dans le décubitus dorsal à l'état sain. Et cependant c'était bien une luxation complète, si complète même, qu'en la réduisant on a pu deux fois porter la tête de la région obturatrice dans la fosse iliaque. C'était une luxation vague, comme les appelle *M. Gerdy*.

M. Parmentier. La luxation de la hanche n'avait pas attiré l'attention du chirurgien, parce que le blessé offrait d'autres lésions plus graves dont il reste à parler. Le crâne présentait une fracture de la voûte orbitaire gauche ; la périoste était là en rapport immédiat avec le cerveau. En outre, il y avait une fracture du rocher droit ; entre l'os et la dure-mère s'était épanchée une certaine quantité de sang qui a été trouvé coagulé. La fracture est parallèle à l'axe du rocher ; elle passe par le commencement

(1). *M. Cruveilhier* a suivi le jeune malade depuis l'opération ; il nous a dit qu'une tumeur nouvelle s'était développée sur le crâne, et qu'il craignait une récurrence dans le membre amputé.

(N. du R.)

de la trompe d'Eustache et l'encadrement de la membrane du tympan; quant à cette membrane elle-même, elle était intacte. Le malade a eu un écoulement séreux, non par le conduit auditif externe, mais par la narine droite.

M. Parmentier s'en rend compte en admettant que le liquide sous-arachnoïdien, entré dans la caisse tympanique et ne trouvant pas d'issue par la membrane du même nom, se serait engagé dans la trompe d'Eustache et serait ainsi arrivé jusqu'à la narine du même côté.

Pour M. Houël, la fracture ne s'arrêtait probablement pas au sommet du rocher, mais s'étendait aussi au sphénoïde et à l'ethmoïde; ce qui donne une explication bien plus rationnelle de l'écoulement séreux par la narine.

Quoique M. Parmentier n'ait pas fait lui-même l'autopsie, il croit pouvoir affirmer qu'il n'existait aucune fracture autre que celle du rocher, et que cette dernière s'arrêtait au trou déchiré antérieur.

La pièce de M. Parmentier est un exemple de fracture longitudinale du rocher avec rupture du cercle osseux, et avec conservation de la membrane du tympan.

M. Broca pense que l'intégrité de la membrane du tympan dans les fractures du rocher ne saurait être regardée comme la règle. M. Trélat et M. Chassaignac ont, il est vrai, rapporté chacun un cas de ce genre. La pièce de M. Parmentier est la troisième à sa connaissance. — Dans les deux premières, l'absence de perforation de cette membrane a cependant coïncidé avec un écoulement sanguinolent ou séreux par l'oreille.

Il y a, sous le rapport de cet écoulement, une distinction importante à faire. Ainsi, dans une observation récemment citée par M. Richet, il y avait fracture du bord postérieur du rocher, et déchirure du golfe de la veine jugulaire; la membrane du tympan était intacte; le blessé, est-il dit, a perdu de la sérosité par l'oreille. Mais, en analysant les détails de cette observation, on apprend que l'écoulement séreux chez ce blessé n'était pas composé de liquide céphalo-rachidien, mais bien de *sérum*, en petite quantité (10 grammes environ). Cette perte de sérosité avait succédé à un écoulement de sang pur d'abord, puis de moins en moins coloré. Il n'y a aucune comparaison à établir entre cette petite quantité de *sérum* et la quantité quelquefois énorme de

liquide aqueux qui s'échappe par l'oreille, dans certaines fractures du rocher.

Sur le rocher que nous montre M. Parmentier, la membrane du tympan est intacte. Mais on remarque que cette membrane ne constitue pas à elle seule toute la paroi externe de la caisse; au-dessus et au-dessous d'elle, les bords osseux fracturés font encore partie de cette cavité, et par conséquent laisseraient une voie facile à l'écoulement des liquides qui s'y seraient accumulés. Rien, par conséquent, n'empêchait la sérosité de s'échapper au dehors par l'oreille externe, et la route que M. Parmentier lui a tracée n'était ni la seule, ni la plus directe. L'explication anatomique qu'il nous a donnée de l'écoulement par les narines ne peut donc être considérée que comme une hypothèse ingénieuse.

4. *M. Foucher* présente une *hernie ombilicale*. Cette hernie, du volume d'un œuf de pigeon, a été rencontrée sur un sujet d'une cinquantaine d'années environ et chargé d'un embonpoint si considérable, que l'on ne remarquait aucune saillie dans la région ombilicale; la tumeur étant tout entière logée dans la couche celluloso-adipeuse sous-cutanée. La dissection, faite minutieusement, a fait voir que cette hernie était constituée par une portion de l'épiploon, qu'elle avait un sac bien complet, formé aux dépens du péritoine, et qu'enfin elle occupait l'*anneau ombilical lui-même*, contrairement à l'opinion propagée par J.-L. Petit, qui veut que ces hernies aient à peu près constamment lieu par une éraillure de la ligne blanche, voisine de l'ombilic, opinion qui, du reste, a été victorieusement réfutée par M. Cruveilhier. Sur le même sujet, on trouvait dans chaque région inguinale une tumeur ovoïde, molle, du volume du poing, à droite, et en partie réductible de ce côté, et du volume d'un œuf de poule à gauche, et irréductible. Après la réduction d'une portion de la tumeur du côté droit, les deux tumeurs conservaient le même volume. En incisant ces deux masses mollasses, on a vu qu'elles étaient constituées par un amas considérable de graisse accumulée en dehors du péritoine, engagée dans le canal inguinal sous forme de sac herniaire. Ces deux hernies graisseuses auraient pu facilement être prises pour deux épiplocèles.

5. *M. Decès* montre un *kyste pileux de l'ovaire* recueilli sur une femme âgée de quarante-trois ans, entrée à l'hôpital

de la Riboisière au commencement du mois de juillet 1854.

Cette femme était encore bien réglée ; elle est mère de plusieurs enfants , et son dernier accouchement eut lieu il y a huit mois.

Trois mois avant cette dernière grossesse, la malade s'aperçut d'une tumeur siégeant dans le flanc gauche ; néanmoins la grossesse suivit régulièrement son cours et se termina heureusement. Depuis, la tumeur n'a cessé d'augmenter et est arrivée à un développement assez considérable. Les règles ont repris leur cours normal.

La malade présente tous les phénomènes dus à une accumulation de liquide dans la cavité abdominale. Un seul signe mérite d'être noté : Quand elle est couchée, et que l'on vient à palper l'abdomen, on sent très distinctement un corps solide qui fuit sous le doigt, s'éloigne, puis revient le frapper ; la sensation est la même que celle du ballotement dans la grossesse. On l'obtient également lorsque la malade est assise ; cependant, dans ce cas, le ballotement est un peu moins sensible. Rien au toucher vaginal.

La malade est prise du choléra, et succombe le 22 juillet, dans l'après-midi.

Autopsie le 24 au matin.

La paroi abdominale est incisée avec précaution et isolée du kyste auquel elle n'est unie que par quelques adhérences. Le kyste est enlevé de la cavité abdominale avec les organes génitaux internes ; il n'adhère d'ailleurs qu'au bord libre du grand épiploon. Il présente dans sa circonférence, horizontalement, 95 centimètres, et verticalement, 86 centimètres dans un sens, et 74 centimètres dans l'autre.

Les parois sont épaisses d'un demi-centimètre et d'une couleur rouge noirâtre.

Il est situé à gauche de l'utérus, auquel il tient par un cordon qui a l'apparence d'une trompe ; on ne trouve pas d'ovaire de ce côté. — L'utérus, la trompe et l'ovaire droits sont sains.

Le kyste est rempli par 10 litres d'un liquide brunâtre, un peu fétide, ayant quelque ressemblance avec l'eau dans laquelle ont macéré des pièces anatomiques. Au milieu de ce liquide, nagent 10 à 12 masses ayant la couleur et l'aspect du mastic, très grasses au toucher, et laissant sur le doigt qui les presse un peu de leur substance. Ces masses, dont plusieurs ont le volume du poing d'un adulte, sont plus légères que le liquide dans lequel

elles flottent. Coupées en morceaux, elles présentent, dans leur intérieur, le même aspect, contiennent des poils en grande quantité, et quelques petits fragments d'os, comme de petites écailles.

A l'analyse chimique, on y trouve une matière grasse, différente du gras de cadavre, car elle ne fond qu'à la température à laquelle fondent les graisses. Cette matière grasse est saponifiable. On trouve encore des matières azotées, un peu de cholestérine et des phosphates calcaires. La densité des masses est moindre que celle de l'eau. Le poids total est de 2300 grammes. Un très grand nombre de petits grains de substance en tout semblable aux masses, et gros comme des grains de millet, nagent dans le liquide. On y trouve encore deux bourbillons de poils isolés.

L'analyse chimique a été faite par M. Grassi, pharmacien en chef à l'hôpital la Riboisière.

M. Cruveilhier fait remarquer combien il est rare de voir survenir une inflammation dans ces kystes, qui persistent ordinairement longtemps ; jamais il n'a vu d'accidents inflammatoires.

M. Goupil insiste sur le phénomène de ballonnement que présentait cette tumeur. Avec un peu d'attention, on reconnaissait que le corps que l'on soulevait avait plus de légèreté qu'un fœtus ordinaire.

6. M. Frémineau présente une pièce recueillie sur le corps d'un homme mort du *choléra*, et qui, quatre ans avant sa mort, avait été atteint d'une *arthrite du genou*. Un épanchement abondant s'était formé, et la *rotule avait été luxée en dehors*. Depuis lors l'épanchement avait disparu, mais la luxation avait persisté, et l'on peut remarquer sur la pièce que la moitié interne de la capsule articulaire est formée de fibres allongées et amincies sans déchirure, et que le contraire s'observe pour la partie externe ; épaississement du tissu fibreux.

M. Verneuil trouve dans la disposition naturelle de l'articulation du genou l'explication d'une fréquence plus grande des *luxations de la rotule en dehors*. La capsule, dit-il, est naturellement plus faible en dedans ; dès lors toutes causes traumatiques ou pathologiques qui pourraient avoir pour effet de tirailler ou de déchirer cette capsule agiront beaucoup plus efficacement sur

le côté interne, distendront la capsule de ce côté, et produiront le déplacement de la rotule en sens inverse.

7. *M. Foucher* présente à la Société *un corps étranger situé dans l'épaisseur du ligament interosseux de la jambe*. Ce corps étranger, consistant en une bille parfaitement sphérique, analogue à celles dont se servent les enfants pour leurs jeux, est du volume d'une balle de calibre ordinaire, et occupe la partie supérieure du ligament interosseux, contenue dans une loge fibreuse. Le membre sur lequel existe ce corps étranger appartenait à un sujet d'une cinquantaine d'années et offrait de nombreuses cicatrices cutanées à sa partie inférieure et externe; le péroné portait à ce niveau les traces d'une ancienne fracture. Il est permis de supposer que la bille, lancée par un fusil, a pénétré dans les tissus par la partie inférieure de la jambe, et qu'elle a gagné primitivement ou mieux consécutivement la partie supérieure qu'elle occupe.

8. *M. Foucher* montre à la Société une seconde pièce : *une fracture ancienne de l'extrémité inférieure du radius*.

Sur cette pièce on retrouve tous les signes de ce genre de fracture, c'est-à-dire les saillies dorsales et palmaires, le soulèvement des radiaux, l'augmentation du diamètre transversal du poignet et l'inflexion de la main sur le bord cubital. La dissection montre que la fracture a eu lieu à 2 centimètres au-dessus de la ligne articulaire; le fragment inférieur, dans la partie antérieure duquel a pénétré le fragment supérieur, est incliné de haut en bas et d'avant en arrière, et semble avoir subi un mouvement de bascule.

Ce mouvement de bascule sur lequel *M. Foucher* a attiré l'attention de la Société plusieurs fois, lui paraît être la cause principale de la déformation du poignet qui caractérise les fractures de l'extrémité inférieure du radius.

9. *M. Caudmont* soumet à l'examen de la Société un moule de plâtre représentant la *forme de la vessie et de l'orifice urétrovésical à l'état normal*. A l'appui de la théorie qu'il a développée dans sa *Thèse inaugurale* (1847), et qui consiste à expliquer l'ouverture et l'occlusion de l'orifice vésical, surtout par la mobilité de la lèvre antérieure, il fait voir que le moule de cet orifice a pris la forme d'un demi-cylindre, la partie plane répondant à la pointe du trigone, et la partie courbe à la lèvre antérieure :

celle-ci a été fortement soulevée dans la distension de l'orifice qui a été produite, et l'on constate la forme qu'elle a prise par l'existence d'une large dépression demi-circulaire, à concavité postérieure, qui circonscrit le moule de l'ouverture vésicale, et qui répond très exactement à la bande musculaire constituant la lèvre antérieure. C'est donc surtout la lèvre antérieure qui se déplace pour laisser sortir l'urine, et, par conséquent, c'est elle aussi qui se meut le plus pour fermer l'orifice; dans ce dernier cas, elle vient s'appliquer sur la lèvre postérieure.

M. Caudmont fait voir sur ce moule une autre disposition qu'il croit très importante au point de vue physiologique. La paroi antérieure de la vessie prend tout à coup une direction horizontale au voisinage de la lèvre correspondante de l'orifice urétrovésical, tandis que jusque-là elle était descendue verticalement, de telle sorte que cet orifice est situé au moins un centimètre plus en arrière que la paroi antérieure de la vessie, au lieu d'être sur le même plan qu'elle; il en résulte que lorsque la vessie contient du liquide, une colonne d'une largeur égale à cet intervalle appuie de haut en bas sur la lèvre antérieure et contribue à la maintenir appliquée sur la postérieure. Il existe de cette manière une certaine analogie entre l'insertion de l'urètre dans la vessie et celle des uretères.

Le présentateur rappelle qu'il a expliqué la grande mobilité de la lèvre antérieure de l'orifice urétral par ce fait, que la face correspondante de la prostate s'arrête à une certaine distance de cette lèvre et n'a aucune connexion avec elle à l'état normal, tandis que la lèvre postérieure est couchée sur la base de la prostate et y a des adhérences très intimes, fait sur lequel M. Sappey a appelé de nouveau l'attention dans sa monographie sur l'anatomie de l'urètre.

10. *M. Goupil* montre plusieurs pièces qu'il a recueillies sur un enfant de dix ans, mort de *méningite tuberculeuse*. Du côté de la poitrine, à la percussion, la matité dépassait des deux côtés la partie supérieure du sternum. A l'auscultation, aussi des deux côtés de la poitrine et dans toute la hauteur, l'inspiration et l'expiration étaient bronchiques, avec retentissement de la voix. La respiration était un peu accélérée, régulière; le pouls, comme cela arrive souvent chez les tuberculeux, présentait des intermittences régulières. Il n'y avait aucun œdème de la face ni des

membres supérieurs. Ajoutez à cela tous les symptômes de l'affection qui l'a tué.

A l'autopsie on a trouvé une *méningite tuberculeuse*. Les *poumons* étaient sains, sans tubercules. La *trachée*, environnée d'une masse de ganglions bronchiques, n'est nullement comprimée, non plus que la *veine cave supérieure*.

Le *péricarde* ne contenait que peu de sérosité; et à la partie gauche de l'origine de l'*artère pulmonaire*, on trouve sous la *séreuse* viscérale une tumeur du volume d'une petite noisette; à la partie postérieure, on trouve de même plusieurs petits corps sous-séreux, mais qui ne paraissent pas de nature tuberculeuse.

M. Houël a vu dans un cas l'asphyxie survenir chez une enfant qui n'avait d'autre lésion qu'une altération des ganglions comprimant les nerfs récurrents. M. Bérard a cité un exemple semblable; M. Chassaignac, M. Guersant, en ont rapporté plusieurs exemples à la Société de chirurgie. M. Hourmann a fait, sur ce sujet, sa thèse inaugurale.

M. Goupil. Il n'y a pas eu de symptômes d'asphyxie chez cet enfant; la respiration est devenue difficile dans les derniers temps de la vie, comme cela arrive chez tous les malades qui succombent à une *méningite tuberculeuse*.

M. Dufour croit que, dans la phthisie tuberculeuse bronchique, il y a autre chose que la compression des nerfs. Ces enfants présentent un symptôme particulier: c'est l'œdème de la face, du cou, des membres supérieurs, sans affection de cœur, sans albumine dans les urines. Il y a compression des nerfs de la trachée, des vaisseaux, de tous les organes.

M. Vidal rapporte le fait d'un enfant qui succomba, en 1849, dans le service de M. Blache, et qui, pendant le cours de sa maladie, ne présenta pas de symptômes d'asphyxie. A l'autopsie, on trouva une *broncho-pneumonie* et un *engorgement ganglionnaire du cou*. Dans l'un de ces ganglions, M. Broca poursuivit un des nerfs récurrents dont les filets étaient dissociés.

11. M. Goupil présente la *trachée* d'un enfant de deux ans opéré du *croup* le 20 juillet. Cet enfant était malade depuis une quinzaine de jours; on lui administra deux fois un vomitif. A son entrée à l'hôpital, on n'apercevait aucune fausse membrane ni sur les piliers du voile du palais, ni à la partie supérieure du pharynx, cependant il suffoquait: l'opération fut pratiquée quatre heures

après son admission. L'enfant, après avoir rendu des fausses membranes par la canule, se remit très bien des suites de l'opération, et l'on put fermer la plaie au quatrième jour. Il ne survint qu'un seul accident : à la suite d'un accès de colère, l'enfant devint violet et fut menacé d'asphyxie ; l'introduction du dilateur dans la trachée suffit pour rendre la respiration régulière. Le 26 juillet, l'enfant fut pris dans le jardin d'un accès semblable ; il devint violet, et succomba après quelques convulsions avant qu'on eût pu lui porter secours.

A l'autopsie, nous avons trouvé le *larynx* ne présentant pas d'ulcérations ni de fausses membranes. Le pourtour de l'ouverture faite à la trachée est ulcéré. A environ quatre anneaux plus bas, on voit sur la muqueuse de la trachée une ulcération circulaire d'un centimètre, qui a été produite par le contact de la canule contre la paroi antérieure de la trachée.

Les bronches présentent un peu de rougeur et sont remplies de pus, de mucosités jaunâtres, sans traces de fausses membranes. Les *poumons* sont sains.

M. Vidal rappelle qu'il a présenté à la Société plusieurs exemples d'ulcérations de la trachée produites par le bec de la canule. Ces ulcérations se guérissent spontanément d'une manière assez rapide, car, dans les autopsies faites au onzième jour après l'extraction de la canule, il n'en a jamais rencontré.

12. M. Vidal met sous nos yeux une altération des *valvules du cœur*. Le sujet de l'observation était un enfant de quatorze ans, ciseleur, habituellement souffrant, ayant depuis un an de l'essoufflement et des douleurs précordiales, ayant eu des douleurs rhumatismales vagues, mais jamais de rhumatisme articulaire aigu.

A son entrée à l'hôpital, le 6 juillet, on constate la pâleur de la face, la bouffissure des lèvres, l'œdème des malléoles. L'enfant se plaint de douleurs dans la région du cœur ; il y a de la dyspnée. A la percussion, la matité précordiale s'étend sur 12 centimètres en hauteur et sur 10 centimètres en largeur. La pointe du cœur bat dans le sixième espace intercostal.

A l'auscultation on entend un souffle râpeux au premier temps, dont le maximum est à la base, et qui se prolonge jusque dans les carotides. Le pouls est très faible, fréquent, très mou.

Le 24 juillet, l'œdème avait disparu, l'enfant se levait et man-

geait, lorsqu'il fut pris, à onze heures du soir, de vomissements, d'orthopnée avec pâleur de la face, sueur froide; puis il tomba dans un état syncopal qui se termina par la mort deux heures après le début des accidents.

L'autopsie révèle les désordres suivants : *Congestion pulmonaire* des deux côtés, plus prononcée en arrière.

Le *péricarde* est sain, contenant très peu de sérosité, sans traces d'ancienne péricardite. Il y a une *hypertrophie* générale du cœur plus marquée sur le ventricule gauche. Le cœur droit étant ouvert, renferme très peu de sang et n'offre pas de traces d'altération, ainsi que l'artère pulmonaire. Le ventricule gauche ne contient pas de caillots sanguins, mais on voit sur la *cloison inter-ventriculaire* deux taches jaunâtres; une autre tache plus étendue siège sur la paroi antérieure et offre à peu près l'étendue et la forme d'une amande. Ces plaques jaunâtres sont formées par des dépôts plastiques ayant à peu près un demi-millimètre d'épaisseur.

La *valvule mitrale* présente à peine un peu d'épaississement sur ses bords, sans rétrécissement ni insuffisance.

L'*orifice aortique* est obturé par une masse composée de fibrine et de matière crétacée de la grosseur d'une cerise. Cet orifice, très rétréci, aplati latéralement, oblique de bas en haut et de droite à gauche, laisse à peine passer une plume de corbeau. A gauche, se trouve un petit orifice qui communique avec l'aorte à travers une *valvule perforée*. C'est sur cette valvule que siège la *végétation fibrineuse et crétacée*. Cette tumeur, qui ne s'écrase que difficilement sous le doigt, s'est développée sur les deux faces de la valvule altérée; elle forme une saillie d'une part vers l'orifice aortique, de l'autre dans la cavité de la valvule qu'elle remplit en repoussant la paroi de l'aorte et en se formant une loge plus étendue du double que la cavité d'une valvule normale. Au-dessus on aperçoit l'orifice de l'artère coronaire postérieure. *Les deux autres valvules sont soudées intimement*: l'une est complètement plaquée contre la paroi de l'aorte et ne présente que quelques reliefs avec de petits enfoncements; l'autre valvule, à bords arrondis, d'une dureté cartilagineuse, fait saillie dans l'aorte et présente une convexité supérieure produite par le refoulement de la tumeur.

Le rétrécissement de l'aorte est plus considérable au niveau de

son origine que dans la portion descendante ; elle présente au niveau et au-dessus de la valvule qui est le siège de cette végétation, une ulcération ayant à peu près deux centimètres de hauteur sur un centimètre et demi de largeur, dont les bords sont saillants, rouges, et dont la surface, inégale, fongueuse, laisse voir à nu, en certains points, la tunique moyenne. L'orifice aortique se présente sous la forme d'une boutonnière à grand diamètre antéro-postérieur, limité d'un côté par la tumeur de la valvule ; de l'autre côté par les bords indurés des deux valvules soudées ensemble. Cet orifice, très rétréci, est insuffisant.

13. *M. Houël* montre une pièce conservée au musée Dupuytren, et qui a été présentée, il y a quelques semaines, à la Société de chirurgie par M. Maisonneuve : *la partie postérieure de la cavité cotyloïde gauche est fracturée*. Des deux fragments, l'un est supérieur, l'autre inférieur ; leur ensemble forme une sorte de soupape qui permet à la tête fémorale de sortir de sa cavité pour se placer dans l'échancrure sacro-sciatique et de rentrer dans le cotyle. Le *ligament rond*, en grande partie déchiré, subsiste cependant ; la capsule, et c'est là un fait exceptionnel, présente en arrière une longue déchirure transversale, une boutonnière. La déchirure transversale avait été, on le sait, regardée comme presque constante par Desault (1).

14. *M. Cruveilhier* rapporte le fait suivant : Un jeune homme d'une vingtaine d'années est admis à la salle Saint-Ferdinand pour une *stomatite pseudo-membraneuse*, non accompagnée d'accidents généraux. Il fut pris subitement de fièvre, de vives douleurs abdominales, puis de tous les symptômes de la péritonite la plus intense. L'examen du malade ne put faire découvrir aucune circonstance particulière en rapport avec cette *péritonite* ; on apprit seulement de lui que, depuis un mois environ, il avait une blennorrhagie intense, dont il n'avait d'abord pas fait l'aveu. Le malade mourut.

On pouvait s'attendre à trouver peut-être une inflammation, une suppuration de la prostate et de son voisinage s'étant propagée au péritoine. Mais, à l'autopsie, la prostate fut reconnue saine ; il existait seulement un *abcès* sous-séreux à la région du *bas-fond de la vessie*. Cet abcès s'était ouvert dans la cavité péri-

(1) Voyez, pour plus de détails, *Gazette des hôpitaux*, juin 1854.

tonéale par deux petites perforations. Peut-être, malgré l'intégrité de la prostate, existe-t-il quelque connexion entre la production de ce foyer purulent et l'inflammation de l'urètre.

15. *M. Rouget* montre une *main* sur laquelle, dans ses dissections à l'École pratique, il a trouvé une *amputation du pouce dans l'articulation phalango-phalangeetienne*. A en juger par l'aspect froncé et irrégulier de la cicatrice, il semblerait que cette mutilation a été le résultat d'un accident, et que la réunion s'est faite à la fois aux dépens des parties molles et de la tête osseuse. Celle-ci est rugueuse, dépolie, adhérente à la cicatrice. *M. Rouget* a disséqué les nerfs de ce pouce ; il montre les nerfs collatéraux dorsaux se terminant dans le tissu fibreux de la cicatrice sans présenter de renflement, mais simplement en s'étalant dans ce tissu où il est impossible de distinguer leur terminaison véritable. Les nerfs collatéraux palmaires s'étalent de la même façon au-devant de la gaine du tendon fléchisseur ; l'externe offre, avant de s'étaler, un renflement fibreux, dur, arrondi, une sorte de mamelon très adhérent à la cicatrice. L'extrémité du collatéral interne présente une singulière déviation, due probablement à l'accident même qui a produit l'amputation. Cette branche contourne la phalange, vient sur sa face dorsale se placer entre la surface osseuse et le tendon extenseur, puis rejoint ainsi le nerf collatéral externe, et se perd, en même temps que ce dernier, dans le sommet du moignon.

16. *M. Dolbeau* présente un exemple de *cancer de l'avant-bras*, pour lequel *M. Velpeau* a pratiqué, le 9 août, l'amputation du bras.

La tumeur, grosse comme le poing, était placée en avant du membre, à deux travers de doigt au-dessus du poignet. Elle était comme bridée, limitée par les muscles de la région antérieure qui venaient se perdre sur elle, surtout ceux de la région superficielle. Cette tumeur était bosselée, fixe, et avait contracté des adhérences assez intimes avec la peau. Dure dans quelques points, elle était ramollie dans d'autres. En dehors particulièrement, on trouvait une tumeur grosse comme un œuf, très manifestement fluctuante et douloureuse au toucher. On pouvait se demander s'il ne s'agissait pas d'un abcès développé au pourtour de la tumeur primitive. Une ponction avec un bistouri étroit est pratiquée, il sort du sang mêlé à un peu de sérosité. Avant

cette incision, ou plutôt cette ponction exploratrice, la tumeur présentait un souffle continu, bien évident.

Comme on le voit, sur la pièce qui est mise sous les yeux des membres de la Société, cette poche est un prolongement de la tumeur. Elle est recouverte par les muscles long supinateur, radiaux, et surtout par le court supinateur. Il y a dans cette poche du sang liquide, et surtout des caillots, comme on en retrouve dans d'autres points. Enfin, il existait quelques ganglions indurés à la partie interne du biceps. Ces ganglions avaient subi l'altération cancéreuse.

Cette pièce a été examinée avec soin; elle contient tous les éléments du cancer.

M. Cruveilhier cite le fait suivant : Il a observé à la Salpêtrière une tumeur placée sur le crâne, qui ne donnait au toucher aucune sensation de soulèvement, et qui, à l'auscultation, présentait un souffle bien évident. C'était une *tumeur encéphaloïde* qui avait détruit les os du crâne.

M. Jarjavay cite un exemple de même genre. Une tumeur encéphaloïde située dans la région poplitée, et creusée de cavités multiples remplies de sang, présentait un souffle tellement manifeste, que l'on put croire un instant que l'on avait affaire à un anévrysme.

M. Girdaldès. Les cas de tumeur encéphaloïde avec bruit de souffle ne sont pas très rares. Il a observé dans le service de *M. Michon* une tumeur de la région fessière, qui présentait ce symptôme. Cette tumeur a été vue et examinée par bien des chirurgiens, et le diagnostic en a été fort difficile. *Guthrie* a lié l'artère iliaque interne pour un cas de tumeur de cette nature qu'il avait pris pour un anévrysme. Dans l'hôpital de Dublin, une femme portait une tumeur dans l'hypogastre, tumeur avec souffle bien prononcé. Les accoucheurs croyaient à une grossesse extra-utérine; c'était un encéphaloïde.

Il n'y a pas un an que dans son service, à l'hôpital de la Charité, *M. Girdaldès* a observé une tumeur de cette nature, avec un souffle à l'auscultation. Il ne pense pas que jusqu'à présent on puisse, d'après la nature de souffle, porter un diagnostic précis.

OBSERVATION.

Tubercule du rocher; phlébite d'une partie des sinus de la base du crâne.
— Mort. — Par M. Tassel, interne des hôpitaux.

Baurrelet (Alexandre), trente-sept ans, garçon marchand de vin, entré salle Saint-François, n° 1, à l'hôpital Beaujon, le 22 septembre, mort le 16 octobre.

Cet homme est assez bien constitué, peu coloré, il est vrai, mais sans présenter les caractères d'un état cachectique. Ses parents vivent encore; sa mère est en bonne santé, son père est très maigre, a une dyspnée habituelle avec toux, fièvre et sueurs nocturnes. Quatre de ses frères sont morts : deux en bas âge, deux vers l'âge de huit ans enlevés rapidement par une maladie que la mère nomme fièvre cérébrale, et qui semble être, d'après les renseignements qu'elle nous fournit, une méningite tuberculeuse. Cinq sont encore vivants : chez l'un d'eux, il est survenu, à la suite d'une variole, des abcès à l'aisselle, à la partie supérieure du bras et sur le trajet du premier métacarpien, abcès qui, une fois ouverts, ont suppuré deux ans.

Ce malade a une otite chronique avec surdité complète à droite. Depuis l'âge de cinq ans, il a, par l'oreille de ce côté, un écoulement purulent qui n'a jamais pu se tarir. C'est aussi depuis cette époque que l'ouïe s'est altérée. Cela s'est-il fait insensiblement ou brusquement ? Le malade ne peut nous répondre catégoriquement à ce sujet.

Jusqu'ici il n'avait point souffert; mais depuis deux mois il éprouve des douleurs de tête excessivement violentes qui reviennent par intervalles : depuis une huitaine de jours, il a de la fièvre.

A la visite du 23, le lendemain de son entrée, il ne présente pas de mouvement fébrile bien sensible : langue couverte d'un léger enduit, pas de nausée, un peu de constipation; pas de douleurs dans la fosse iliaque droite, ni de gargouillement; rien du côté des poumons, pas de toux; rien au cœur; la rate et le foie ont à la percussion un volume normal. Les douleurs de tête sont moins fortes qu'avant son entrée. Il a, par l'oreille malade, un léger écoulement roussâtre peu abondant, pas assez pour tacher

les parties voisines. Aucune douleur en pressant sur l'apophyse mastoïde. En faisant souffler le malade, la bouche et le nez fermés, en n'entend point l'air sortir par le conduit auditif externe. Pas de déviation des traits de la face.

Examiné de plus près, les jours suivants, on remarque des accès de fièvre caractérisés par des frissons assez intenses suivis de sueurs avec soif très vive. Mais ces accès sont très irréguliers ; quelquefois il y en a deux dans une même journée, une fois il en a été exempt quatre jours de suite. Ces accès ont environ deux heures de durée ; dans les intervalles, il peut se lever et manger. Le sulfate de quinine, à la dose de 0,60 par jour, n'amène aucun changement. Les accès restent toujours irréguliers et même deviennent plus fréquents.

A la fin du mois de septembre, le cou devint douloureux du côté droit, la pression surtout excitait des douleurs intolérables. Mouvements difficiles de la tête ; pas de rougeur de la peau, ni d'empatement au niveau de la région douloureuse. Les jours suivants, la douleur augmente d'intensité.

Le 4 octobre, la peau du côté droit du cou, en arrière du sterno-mastoïdien, est rouge ; les tissus sous-jacents sont un peu empâtés, les accès de fièvre sont moins marqués ; le mouvement fébrile est plus continu, quoiqu'il y ait toujours des frissons plusieurs fois dans la journée. (Application de 20 sangsues sur le côté du cou malade, onction avec l'onguent mercuriel belladonné ; 2 verres d'eau de Sedlitz.)

Le surlendemain, l'empatement augmente, la joue droite et la paupière supérieure du même côté sont œdémateuses ; la peau prend une légère teinte jaune-paille ; toujours des frissons. On recherche avec attention s'il y a de la fluctuation profondément ; on ne peut en trouver. Les jours suivants, l'œdème augmente rapidement, envahit toute la face à droite, les paupières, le cuir chevelu, le cou en arrière, jusqu'à l'angle postérieur de l'omoplate. Enfin, le 15, le côté gauche se prend aussi ; le tissu cellulaire sous-conjonctival, œdémateux, forme un chémosis séreux. Les deux globes oculaires, le droit surtout, font saillie en avant ; teinte jaune générale, fièvre continue avec frissons, délire. Mort dans la nuit du 15 au 16.

Autopsie faite le 17, trente heures après la mort. — Cadavre avec une teinte jaune générale et exophthalmes des deux côtés.

Œdème du cuir chevelu et de presque toute la tête. On dissèque la peau du cou du côté droit, elle est très infiltrée. On enlève le sterno-mastoïdien, et l'on aperçoit au-dessous de la portion supérieure une collection purulente qui occupe le tissu cellulaire de la gaine des vaisseaux. La veine jugulaire est saine et vide dans la moitié inférieure. A la réunion de la moitié supérieure avec la moitié inférieure, elle est oblitérée par des adhérences de la paroi interne. Un stylet introduit par la partie inférieure s'arrête à ce niveau comme à un collet. On coupe la veine suivant sa longueur; il y a un petit caillot inférieur à l'oblitération. Au-dessous, les parois de la veine sont détruites, et l'on ne peut distinguer celles-ci du foyer purulent. Ce foyer remonte vers le golfe de la veine jugulaire en suivant la gaine des vaisseaux.

Le crâne ouvert, les méninges ne présentent rien de remarquable à leur partie supérieure, mais à la base il y a une inflammation purulente, au niveau du corps pituitaire et de la protubérance, et presque tous les sinus sont remplis de pus, du moins les sinus pairs du côté droit et tous les sinus impairs. Le pus occupe le sinus latéral droit, les deux sinus pétreux du même côté, les deux sinus caverneux, le sinus coronaire et le transverse. En brisant les voûtes orbitaires, on aperçoit même la veine ophthalmique droite et le tissu cellulaire qui est en arrière du globe oculaire remplis de pus. Les parois de ces sinus ne sont pas rompues, mais seulement ramollies; la pression la plus légère en fait sortir le pus. La méningite de la base semble être due à la propagation de l'inflammation des sinus par continuité de tissus. Il n'y a pas eu issue du pus des sinus en dehors de leur cavité, le sinus latéral seul est perforé, mais pas du côté des méninges, en arrière, un peu avant sa terminaison dans le golfe de la veine jugulaire. Au niveau de cette perforation, l'os malade est lui-même perforé, et présente une ouverture de 4 millimètres environ de diamètre, aboutissant immédiatement en arrière du condyle, à côté du trou condylien postérieur. Cette ouverture conduit le pus du sinus dans l'articulation atloïdo-occipitale qui est remplie de pus. En avant de la colonne vertébrale, sous les muscles droits antérieurs et long du cou jusqu'au corps de la troisième vertèbre cervicale, il y a également du pus qui semble avoir eu pour point de départ l'articulation malade.

Le cerveau offre plus de mollesse qu'à l'état normal. A la coupe,

il laisse suinter de la sérosité. Les *poumons* étaient sains. Aucune trace de tubercules au sommet, ni de petits abcès sur les bords ou dans leur intérieur. Rien dans les *ganglions bronchiques*, ni dans les *plèvres*. Le *cœur*, le *foie* et les *reins* n'offrent rien de remarquable.

Pour constater l'état de l'*oreille*, on enlève le rocher à l'aide de deux sections transversales, l'une passant immédiatement en arrière du trou condylien postérieur, l'autre par le sommet du rocher et la partie articulaire de la cavité glénoïde de l'articulation temporo-maxillaire.

Le rocher est un peu moins volumineux que dans l'état ordinaire chez un adulte ; l'apophyse mastoïde est aussi très petite. L'orifice de la portion osseuse du conduit auditif externe est très élargi, irrégulier, à bords très minces, s'étendant plus avant aux dépens de l'arrière partie de la cavité glénoïde. En enlevant la dure-mère qui recouvre le rocher, on voit sur la face postérieure de celui-ci une perte de substance osseuse, ayant une forme irrégulièrement triangulaire, à base regardant en bas, atteignant presque le fond du sinus latéral ; le sommet, arrondi, remonte jusqu'au milieu de la face postérieure du rocher, chaque côté du triangle a un peu moins d'un centimètre. Les bords sont tranchants, formés par une ramelle osseuse très mince. Cette perte de substance était recouverte par la dure-mère, et la paroi du sinus est intacte à son niveau.

Pour constater l'état intérieur du rocher, on fait une nouvelle coupe transversale passant par le trou auditif interne et le stylo-mastoïdien. On voit alors que tout le rocher est creusé d'une cavité anfractueuse qui a détruit le conduit auditif externe et a gagné toute l'apophyse mastoïde et la portion d'os qui répond à la trompe d'Eustache. Cette cavité est remplie par une matière hétéromorphe enkystée.

Examinons plus attentivement chacune de ces parties.

1° *Capité osseuse*. — Elle est très irrégulière, d'une capacité un peu moindre que celle de la coque d'une grosse noix. Elle a la forme d'une pyramide triangulaire à base tournée en dehors. La base est formée par l'apophyse mastoïde, qui n'est plus qu'une lame osseuse de $2\frac{1}{4}$ millimètres d'épaisseur, et par l'orifice du conduit auditif externe, dont toute la longueur est supprimée aux dépens de la cavité. Cet orifice, comme nous l'avons dit, est

fort élargi. La paroi postérieure est parallèle à la face postérieure du rocher, et constituée en arrière par une lamelle mince et transparente, perforée même dans une partie de son étendue, (comme nous l'avons déjà dit), plus en avant par l'oreille interne qui est à peu près respectée. La saillie seule du commencement du premier tour du limaçon, c'est-à-dire le promontoire, est détruite, de telle sorte que la fenêtre ronde et la fenêtre ovale ne font plus qu'une ouverture. La paroi supérieure répond à la face antéro-supérieure du rocher, et est aussi formée par une lamelle osseuse assez mince. La paroi inférieure est la plus épaisse et est constituée par le sommet de l'apophyse mastoïde et la paroi inférieure du conduit auditif externe. Le sommet répond à la trompe d'Eustache, qui est très élargie. Toute la surface interne de cette cavité est lisse sans aucune aspérité, comme une surface usée par le frottement. La substance osseuse qui constitue les parois ne présente aucune altération.

2° *Masse hétéromorphe* qui remplit la cavité. — Elle a à peu près la consistance du fromage blanc. On peut en faire de petites tranches qui gardent très bien leur forme; lorsqu'on écrase entre les doigts une de ces tranches, on ne trouve point de petites parcelles osseuses donnant une sensation de graviers; sa coloration est jaunâtre, depuis elle a bruni à l'air.

Cette substance a été examinée au microscope : on a trouvé des vésicules graisseuses, des cristaux de cholestérine assez nombreux superposés par petits groupes les uns sur les autres, et des globules présentant une quantité considérable de petites granulations élémentaires sans noyaux. Ces globules avaient, à un grossissement de 500 diamètres, 1 ligne de diamètre. On peut donc affirmer que ce sont des globules tuberculeux.

3° *Du kyste*. Cette masse tuberculeuse est enfermée dans une membrane mince, mais que l'on voit parfaitement et que l'on détache facilement de la paroi osseuse et de la matière qu'elle contient; elle tapisse toute la cavité, et l'on voit sa face postérieure par la perte de substance de la face postérieure du rocher.

En dehors elle manque dans toute l'étendue de l'orifice du conduit auditif externe. A-t-elle été détruite par la préparation, ou le kyste était-il ouvert de ce côté naturellement ? Il n'y a pas de pus sur cette membrane, ni sur sa face interne, ni sur sa face externe.

Quels sont les rapports de ce tubercule avec les différentes parties de l'oreille ? Il remplit toute la caisse du tympan et s'est étendu en arrière aux dépens des cellules mastoïdiennes ; en dehors, aux dépens de l'apophyse mastoïde et du conduit auditif externe ; en avant, aux dépens de la portion postérieure de la trompe d'Eustache. Aussi ne reste-t-il aucune trace ni du tympan, ni de la corde du tympan, ni des osselets. Quant à l'oreille interne, le promontoire seul a été détruit ; la fenêtre ovale et la fenêtre ronde ne forment plus qu'une ouverture fermée par le kyste qui sépare la cavité tuberculeuse du vestibule et de la rampe du limaçon. Le vestibule, les canaux circulaires et le limaçon ne sont aucunement lésés ; ils semblent un peu plus petits que dans l'état ordinaire. Quant à l'aqueduc de Fallope, il est intact dans sa moitié antérieure ; on voit la saillie qu'il forme au-dessus des fenêtres ovale et ronde réunies. Dans le reste de son étendue, le trait de scie qui a divisé le rocher a passé sur ce canal de manière à le partager en deux gouttières. On voit sur l'un des fragments la paroi externe détruite dans une petite étendue ; le kyste passe au niveau de cette paroi et laisse intacte la cavité de l'aqueduc. Pendant la vie, il n'y avait pas d'hémiplégie faciale.

Telles étaient les lésions que nous a présentées ce malade ; c'est un exemple incontestable de tubercule cru du rocher qui a amené l'inflammation des sinus de la base du crâne et la mort.

Cette affection n'est pas excessivement rare. Pour ma part, c'est la deuxième fois qu'il m'est permis de la constater cette année. Cependant il n'en est pas fait mention dans les traités de chirurgie les plus modernes. Les auteurs du *Compendium* n'en parlent pas, ni même M. Nélaton, quoique ce dernier ait été un des premiers à appeler l'attention sur les tubercules des os. M. Lebert, dans son *Traité des affections scrofuleuses*, nie son existence. « Pendant ces dernières années, dit-il, on a souvent regardé une » affection tuberculeuse comme la cause principale de l'otite interne ; malheureusement on a oublié d'appuyer cette assertion » sur des observations et des preuves suffisantes (1). » Cette réserve doit tenir à ce que pendant longtemps cette affection n'offre d'autre gravité que la surdité, que les malades ne consultent point ou consultent des spécialistes, et que, lorsqu'ils sont pris de

(1) Lebert, *Traité des maladies scrofuleuses*, p. 355.

symptômes graves, ils viennent dans nos hôpitaux, surtout dans les services de médecine. Là, comme ils ne croient pas qu'il existe un rapport entre leur affection de l'oreille et l'état grave dans lequel ils se trouvent, ils ne parlent point de cette affection, et souvent alors elle passe inaperçue.—Les traités spéciaux sont à peu près aussi laconiques. Kramer (1) ne dit rien; Wilde (2) fait mention de dépôts de matière strumeuse dans la caisse du tympan. M. Menière seul, dans sa traduction de Kramer, dit avoir vu et étudié cette lésion. On y lit ce passage : « Beaucoup de » phthisiques sont affectés d'otorrhée purulente; vers la fin de » leur maladie, la surdité devient très forte, et à l'ouverture du » cadavre, j'ai trouvé de la matière tuberculeuse crue ou ramollie » dans la caisse et dans toutes ses dépendances; l'apophyse » mastoïde surtout est le siège de cette altération remarquable... » Je possède un grand nombre de temporaux sur lesquels on » peut suivre l'évolution successive de la matière tuberculeuse à » ses divers degrés (3). » Mais il n'a pas encore été publié de travail sur ce sujet. J'ai parcouru les *Bulletins* de la Société anatomique pour voir si au moins je trouverais quelques observations. En 1848, il a été présenté une pièce de carie du rocher ayant amené un abcès du cerveau et une phlébite du sinus latéral. Le présentateur, M. Lemaître, attribuait cette carie à un tubercule qui se serait développé dans le rocher et se serait ouvert dans la caisse du tympan (4). Mais ce qu'il était important de connaître, l'état du rocher, n'est pas décrit. Les recueils périodiques ne contiennent rien, sauf la mention, dans les comptes rendus de la Société de biologie de novembre 1849, d'une présentation faite par M. Morel-Lavallée du temporal d'une femme morte d'une phthisie aiguë, sur lequel des tubercules remplissaient le conduit auditif, en partie l'oreille moyenne, et s'étendaient à l'apophyse mastoïde qui se trouvait altérée dans un point de sa partie supérieure (5).

Le musée Dupuytren ne peut nous renseigner davantage. Il y

(1) Kramer, *Traité des maladies de l'oreille*, 1848, 4 vol. in-8, fig.

(2) Analyse de Wilde par M. Triquet (*Moniteur des hôpitaux*, septembre et octobre 1854).

(3) Kramer, ouvrage cité, p. 522.

(4) *Bulletins de la Société anatomique*, 1848, p. 49.

(5) *Gazette médicale*, 1850, p. 27.

a trois pièces où le rocher présente des pertes de substance, mais ce sont des pièces anciennes sur lesquelles on n'a aucun renseignement (1).

En attendant de nouvelles observations qui permettent de faire l'histoire de cette affection, il est bon d'appeler l'attention sur elle, parce que si les accidents qu'elle détermine sont graves, peut-être peut-on espérer de guérir les tubercules avant que ceux-ci soient si développés.

Ici la proximité du sinus latéral du foyer pathologique après la destruction de la paroi postérieure du rocher avait amené l'inflammation de ce sinus. On peut concevoir *à priori* qu'il y a bien d'autres accidents à redouter, tous ceux que détermine la carie du rocher, c'est-à-dire des méningites plus ou moins circonscrites avec des abcès ou des ramollissements du cerveau ou du cervelet, et même la rupture de l'artère carotide interne dans le canal carotidien, comme M. Chassaignac l'a observé deux fois (2). En appliquant assez tôt à cette affection le traitement des kystes, ne pourrait-on pas espérer d'éviter de pareils dangers, c'est-à-dire en posant comme indications :

1° L'évacuation de la matière tuberculeuse, afin d'enrayer la marche progressive de la caverne ;

2° L'emploi des injections d'iode pour obtenir l'oblitération de cette caverne en excitant le bourgeonnement de la face interne du kyste.

Pour évacuer le tubercule, on conçoit qu'il ne sera pas toujours possible de le faire par le conduit auditif; ne serait-ce pas alors le cas d'avoir recours à une opération qui fit grand bruit à la fin du dernier siècle, et qui est depuis tombée dans l'oubli : la trépanation de l'apophyse mastoïde. Jasset avait voulu l'introduire dans le traitement des affections de l'oreille. Faite d'abord sans indications, plutôt pour rendre l'ouïe que dans le but de guérir certaines lésions, elle fit grande sensation pendant quelques années, puis fut frappée de réprobation universelle à la suite d'un insuccès : succès et revers aussi immérités l'un que l'autre.

(1) Il faut rapprocher de cette pièce une autre pièce présentée par M. Fano, et rapportée dans le *Bulletin* des mois de septembre et octobre. (N. du R.)

(2) Société de chirurgie, séance du 8 mai 1846, et *Gazette des hôpitaux*, 25 octobre 1851.

tre (1). L'évacuation de la matière tuberculeuse dans le cas de tuberculisation de la caisse et de l'apophyse deviendrait peut-être une indication de cette opération. Sur notre pièce, la paroi externe de l'apophyse mastoïde n'avait que 2 millimètres et demi, et celle-ci perforée, on tombait en plein dans la caverne.

OBSERVATION.

Emphysème de l'intestin. — Par M. Tassel, interne des hôpitaux.

Le malade de qui vient cette pièce est entré à l'hôpital Beaujon le 10 septembre, salle Saint-François, n° 23, avec les symptômes d'une *fièvre typhoïde grave*, prédominance des phénomènes cérébraux. Il était alors au quatrième jour de la maladie. Pendant la nuit du 12, sous l'influence du délire, il s'est levé et est parvenu à monter sur les toits du bâtiment principal de l'hôpital qui a deux étages, et s'est précipité de cette hauteur dans un jardin. Ayant eu le bonheur de tomber sur un figuier, il a pu se relever et se promener en prononçant des paroles incohérentes. Examiné après sa chute, il ne présenta aucune fracture. Sur le côté gauche du thorax, l'épiderme est enlevé dans une assez grande étendue sans contusion considérable; le cuir chevelu en arrière présente une petite plaie transversale de 2 centimètres d'étendue; le malade n'a pas rendu de sang ni par le nez, ni par la bouche; pas d'ecchymoses des paupières, ni d'écoulement de sang ou de liquide séreux par l'oreille. Le délire a continué le 12 toute la journée et le 13, mais sans agitation; le 14 au matin, le malade est dans le coma. Mort à midi.

Autopsie, vingt heures après la mort. — Cadavre très bien conservé, sans aucune trace de putréfaction; peau de l'abdomen avec sa couleur normale. Pie-mère injectée circulairement sur les lobes antérieur et postérieur, cette injection manquant à la partie supérieure et à la base, et présentant une rougeur diffuse. La pie-mère s'enlève difficilement, elle se déchire par petits lam-

(1) Il existe neuf cas de cette opération dans la science. Leurs observations ont été relatées dans un mémoire de M. Dezeimeris sur cette opération (journal *l'Expérience*, vol. 4).

beaux. Au-dessous de la partie de pie-mère injectée, la substance grise présente de petites taches rouges très abondantes. Sur la face supérieure, ces petites taches manquent; ces lésions n'ont rien de particulier et se rencontrent dans la plupart des fièvres typhoïdes; en avant il y a un petit caillot sanguin noir au niveau d'une anfractuosité. En détachant la pie-mère injectée, on voit qu'il remplit cette anfractuosité et appartient à cette membrane avec laquelle il s'enlève. La substance grise qui forme les parois de l'anfractuosité est ramollie. Les poumons, le cœur, le foie, la rate, n'offrent rien de remarquable à signaler.

L'intestin présente une injection assez vive dans certaines positions. Dans le dernier mètre de l'intestin grêle, on trouve les lésions caractéristiques de la fièvre typhoïde, mais ici l'altération des plaques de Peyer a quelque chose de spécial et qui se rencontre généralement dans les fièvres typhoïdes qui d buent avec des symptômes cérébraux d'une grande intensité, et amènent la mort en peu de jours. Les plaques sont très saillantes, elles ont toutes au moins une ligne d'épaisseur; un grand nombre en ont au moins deux, elles sont excessivement rapprochées les unes des autres et très nombreuses. Dans leurs intervalles, il y a une grande quantité de follicules isolés, altérés, très volumineux, ayant la grosseur d'un pois. Dans la moitié inférieure du dernier mètre, il y a tant de plaques et de follicules malades, qu'il n'y a pas un centimètre carré de muqueuse saine. Ces plaques sont p les, il n'y en a pas une seule d'ulcérée

Au commencement de ce dernier mètre, il y a une autre lésion très remarquable constituée par cinq ou six plaques d'emphysème sous-muqueux. Ces plaques sont très bien isolées les unes des autres, elles ont environ 1 centimètre   1 centimètre 1/2 de diamètre; elles présentent de petites éminences et de petites dépressions, ce qui paraît tenir à ce que ces plaques sont formées par un groupe de bulles d'air isolées. Au sommet des éminences, la muqueuse est transparente. Ces plaques n'ont pas pour point de départ les follicules malades, qui sont beaucoup plus rares dans cette région que plus bas. De plus, la muqueuse qui les recouvre et qui les environne ne présente aucune altération; il n'y a aucune éraillure. L'intestin ayant été conservé cinq jours dans de l'eau alcoolisée, les plaques avaient encore après ce temps le même aspect. Dans cette même partie de l'intestin il y a aussi

deux ou trois bulles d'air qui soulèvent le péritoine, mais sans former de plaques.

A quoi attribuer cet emphysème?—Est-ce à l'inflammation qui, à en juger par l'altération des plaques de Peyer, a été très vive? M. Louis n'a pas signalé cette lésion dans la fièvre typhoïde, et je ne sache pas que d'autres l'aient fait.—Est-ce à la chute qu'a faite le malade?—Ces deux causes ont-elles aidé simultanément?—Toujours est-il que la disposition des plaques semble indiquer que chacune est le résultat de la production de bulles de gaz par points isolés et disposés par groupes.

M. Houël rappelle, à propos de cette présentation, deux pièces déposées au musée, l'une recueillie par M. Blain des Cormiers, l'autre qui lui a été envoyée par un médecin de province. L'emphysème est considérable dans cette seconde pièce; il est mieux limité dans la première. Dans les deux cas, du reste, comme dans celui-ci, la muqueuse est saine.

M. Guyot a vu une fois un exemple d'emphysème dans l'intestin grêle, à la suite de fièvre typhoïde.

OBSERVATION.

Exostose périostale siégeant à l'extrémité inférieure du fémur droit. — Lésions articulaires nombreuses et anciennes. — Varices du col de la vessie. — Rupture de l'une de ces varices. — Hématurie. — Mort. — Par M. Guyon, interne des hôpitaux.

Le nommé Tabouret, âgé de trente-huit ans, entré à l'Hôtel-Dieu le 3 mars 1854, mort le 21 juin.

Assez fortement constitué, cet homme a joui, jusqu'à ces dernières années, d'une vigoureuse santé. En 1825, il eut des chancres; un pharmacien consulté les lui cautérisa, et quinze jours après ils avaient disparu. Quelque temps après, il eut à la région cervicale un engorgement ganglionnaire non suppuré; du reste, pas d'éruption, aucun autre accident manifestement syphilitique. En 1845, accidents que l'on rattacha à l'existence d'une affection de la moelle, faiblesse des extrémités inférieures, troubles dans la miction et dans la sensibilité; depuis cette époque, persistance de ces accidents à un faible degré.

En 1853, au mois de novembre, apparaissent les premiers

symptômes de l'affection qui nous occupe ici. Tabouret raconte qu'étant assis sur le sol, et ayant fait effort pour se relever, il eut la sensation d'un craquement assez fort dans le genou droit ; du reste pas de douleur. Son attention est éveillée, et il remarque au niveau de l'articulation une légère tuméfaction qui ne tarde pas à augmenter, et bientôt la jambe et le pied sont œdématisés ; mais la douleur est à peu près absente, et la rougeur des téguments nulle. Cependant il peut continuer à marcher pendant trois semaines, et dès lors, à en croire le malade, l'articulation avait le volume qu'elle a aujourd'hui. Selon lui, rien antérieurement du côté de l'articulation. Toujours est-il que dans l'intervalle qui a séparé le début des accidents de son entrée à l'Hôtel-Dieu, il a peu souffert, qu'il n'a qu'incomplètement gardé le repos, qu'il a vu disparaître l'œdème du pied et de la jambe, mais que le genou a conservé des dimensions anormales.

À son entrée à l'Hôtel-Dieu, le 3 mars, l'articulation, mesurée à la partie moyenne, avait 48 centimètres. Le 24 mars, on ne trouvait plus que 43 centimètres, mais cette diminution n'avait porté que sur les parties molles ; sur le cadavre on trouve 42 centimètres à la partie moyenne, 37 à la partie supérieure, 39 à la partie inférieure. L'articulation saine ne donne que 33 centimètres à sa partie moyenne ; la partie inférieure de la cuisse droite et le genou du même côté ont donc notablement augmenté de volume ; ces parties sont également déformées.

Ainsi, l'extrémité supérieure de la jambe est portée en dehors et un peu en arrière, de sorte que l'on voit à la partie externe une saillie formée par l'extrémité supérieure du tibia et la tête du péroné ; il y a de plus un mouvement de torsion selon l'axe de la jambe, et le pied est dans la rotation en dehors, la rotule est également déjetée en dehors.

Si l'on passe à l'examen successif des parties, on voit que la peau a conservé sa couleur et son aspect normal ; au-dessous d'elle, se dessine un réseau abondant de veines sous-cutanées très développées ; le tissu cellulaire est sain. L'extrémité inférieure du fémor présente une augmentation de volume et une déformation remarquable. Exploré à travers les téguments, son condyle externe paraît normal ; le condyle interne, très déformé, est représenté par une tumeur de 13 centimètres de diamètre, descendant sur la partie supérieure de la face interne du tibia, empiétant

sur cet os de quelques centimètres, repoussant en dehors sa surface articulaire et l'obligeant à demeurer dans cet état de luxation incomplète décrite plus haut. La consistance de cette tumeur est osseuse; on n'y sent point le bruit parcheminé propre à certaines tumeurs cancéreuses et aux kystes osseux; on n'y perçoit aucun bruit, elle n'est point pulsatile. De ce côté, le fémur malade est de 3 centimètres plus long que celui du côté opposé. Je n'apprécie pas de différence notable à la partie externe, mais je n'ai pu comparer les deux os dépouillés des parties molles. A la partie interne du fémur droit se dessine sous la peau une énorme stalactite osseuse. Son extrémité inférieure, rétrécie, est presque aiguë; elle répond à l'angle interne de la rotule, mais n'y adhère pas immédiatement; elle s'élargit bientôt et acquiert à sa partie moyenne 10 centimètres de diamètre, puis se termine en se rétrécissant de nouveau. Sa longueur est de 20 centimètres; sa direction est oblique de haut en bas et de dehors en dedans; son extrémité supérieure répond à la face interne du fémur, qui paraît rugueux jusque vers son tiers supérieur. Des deux os de la jambe, la tête du péroné seule semble tuméfiée; la rotule est notablement élargie. Dans le creux poplité on sent également une stalactite osseuse jouissant d'une certaine mobilité; plus profondément des inégalités osseuses. Les ligaments sont assez relâchés pour permettre d'introduire le doigt entre les surfaces articulaires et laisser exécuter à la jambe des mouvements en tous sens. Nulle autre part on ne trouve de trace d'exostose. Les mouvements articulaires sont peu douloureux, et cependant ils produisent des craquements qui témoignent du mauvais état de la jointure; la pression n'éveille que de faibles douleurs.

Le malade est maigre et pâle; la peau, d'un jaune terreux, rugueuse; les veines superficielles sont dilatées, les muqueuses décolorées; les urines sont actuellement normales; la miction se fait bien. Aucun trouble notable n'est accusé du côté des grands appareils, même de l'appareil respiratoire; le malade tousse peu.

Cet état général, la forme bizarre de la tumeur, la rapidité du développement, firent tout d'abord croire à un ostéosarcome, puis on espéra que la tumeur pouvait être de nature syphilitique. Le malade fut mis à l'iodure de potassium, à un bon régime; l'état général s'améliora, mais l'état local resta le même. Cependant

les conditions de santé du malade ne pouvaient pas encore permettre de songer à l'amputation ; on l'alimentait, mais on avait renoncé à l'iodure, lorsqu'il fut pris, dans la nuit du 10 au 11 juin, d'une hématurie des plus abondantes. Le mauvais état général disposa à croire à une simple exhalation sanguine ; l'état local, le diagnostic probable de la tumeur, l'abondance de l'hémorrhagie, faisaient soupçonner un cancer vésical. Toujours est-il que, malgré un traitement approprié, l'hémorrhagie continua : la vessie, fort distendue, ne se vidait que difficilement ; la comprimait-on, des caillots s'échappaient par l'urètre resté entièrement libre. Bientôt la faiblesse du malade fut extrême. Cependant, trois jours avant la mort, il ne rendit plus qu'une urine sanguinolente ; mais, tombé dans un état de prostration extrême, il succomba le 21 juin. Je ferai remarquer que, pendant le séjour du malade à l'Hôtel-Dieu, l'état général s'était un peu amélioré, et, malgré les nombreuses lésions que nous allons décrire, il reste démontré que ce malade est mort des suites de son pissement de sang.

Autopsie vingt-huit heures après la mort. — Fémur. L'extrémité inférieure de cet os, renflée en forme de massue, porte, comme nous l'avons déjà signalé, une stalactite osseuse de 20 centimètres de long, sur 7 de large et 4 de hauteur. Cette production osseuse s'implante par une large base au côté interne et postérieur du fémur. Ses deux extrémités sont libres et assez aiguës ; l'inférieure est même trifurquée et forme au côté interne et supérieur de l'articulation une voûte à la manière de l'acromion ; sous cette voûte osseuse passent des fibres du triceps. Sur cette stalactite osseuse, le grand adducteur, ou plutôt sa longue portion et le vaste interne, viennent prendre une partie de leurs insertions. Le triceps, étalé sur la face convexe de l'apophyse osseuse, loge une grande partie de ces fibres dans l'angle rentrant qu'elle forme avec le corps du fémur ; le tendon d'insertion du grand adducteur au condyle interne est complètement ossifié. Tous les muscles de la cuisse, et en particulier ceux qui prennent leurs insertions au condyle interne ou qui l'avoisinent, ont été disséqués avec soin et retrouvés en totalité et non ossifiés. Cette remarque était nécessaire, car des lésions que je vais tout à l'heure décrire, la direction de l'exostose, auraient autorisé à croire à une ossification musculaire. L'anneau du grand adducteur se trouve au

niveau de l'extrémité supérieure de la production osseuse; l'artère s'y engage, puis contournant cette extrémité, s'applique à la face postérieure de la stalactite, à laquelle elle adhère intimement et à laquelle la soudent des vaisseaux qui y plongent perpendiculairement. La veine suit le même trajet; de plus, une branche artérielle de la grosseur de la tibiaie postérieure suit son bord antérieur et se termine en fournissant des rameaux articulaires. Deux autres stalactites d'un volume beaucoup moindre existent à la face externe et antérieure du fémur; dans ses deux tiers inférieurs, l'os est renflé, rugueux, inégal. La tête du péroné a triplé de volume et porte quelques productions osseuses. L'extrémité articulaire du tibia est seule malade; nous en décrirons tout à l'heure les lésions. Une première coupe commencée entre les condyles sépare la diaphyse en deux moitiés latérales; une deuxième coupe divise la moitié interne du fémur en deux portions, dont chacune porte une portion de la stalactite osseuse qui se trouve ainsi obliquement divisée. La première coupe fait voir que la diaphyse a conservé son aspect à peu près normal; en effet, on retrouve le tissu compacte de consistance et d'aspect normal, le canal médullaire un peu élargi. Le tissu compacte se termine insensiblement au milieu d'un tissu aérolaire de nouvelle formation qui l'entoure complètement et au centre duquel il paraît être fiché. Ce tissu osseux de nouvelle formation n'est autre que celui qui a envahi et hypertrophié l'extrémité inférieure du fémur; il est facile de voir qu'il a été sécrété entre le périoste épaissi, appliqué à sa surface externe à laquelle il adhère, et la diaphyse osseuse restée intacte et qui lui est intimement unie. La deuxième coupe nous fait voir le tissu même de l'exostose: c'est encore une trame osseuse aréolaire sécrétée entre le périoste et l'os; sa couche superficielle est plus tassée; elle a des aréoles moins larges que les couches profondes, mais ce n'est cependant pas là une coque osseuse qui se distingue, qui se dessine nettement. Ce tissu de nouvelle formation est semé de cavités de différentes grandeurs, ayant en général assez de capacité pour loger l'extrémité de l'index. Ces cavités renferment un tissu mollasse et rougeâtre assez homogène, dont l'aspect ne rappelle pas le tubercule enkysté, mais qui est cependant contenu dans une sorte de kyste que l'on peut énucléer et extraire de la cavité osseuse; on voit alors que la paroi de cette cavité

est compacte, blanche, criblée d'orifices-vasculaires. La coupe du condyle interne fait voir son tissu spongieux en apparence intact; ses aréoles sont beaucoup plus serrées que celles de l'os de nouvelle formation; une ligne d'apparence cartilagineuse, et qui rappelle la disposition du cartilage épiphysaire, sert aussi à établir la limite. Le condyle externe a en partie disparu; il est creusé d'une cavité assez vaste, tapissée d'une membrane osseuse et adhérente, et contenant un tissu analogue à celui que nous avons signalé dans le tissu osseux de nouvelle formation. La deuxième coupe permet aussi de voir que le tissu compacte se prolonge en arrière, très près de la cavité articulaire; une lame osseuse de nouvelle formation ferme en arrière l'espace intercondylien.

Avant de passer à la description de l'articulation, signalons : l'ossification complète de l'aponévrose du jumeau interne, et la présence d'une production osseuse assez volumineuse dans l'épaisseur de son insertion fémorale.

L'intérieur de l'articulation présente des détails anatomo-pathologiques des plus remarquables. La cavité synoviale existe encore, elle a même une forme qui se rapproche de la forme normale; la synoviale est épaissie, semée de plaques indurées très épaisses, d'une consistance osseuse dans certains points et cartilagineuse dans d'autres; des franges synoviales très vasculaires et d'un beau rouge y sont appendues; la synoviale qui tapisse la face interne du condyle interne présente également de ces franges rougeâtres, et cet aspect pathologique permet de voir son point d'arrêt nettement tranché au niveau du cartilage diarthrodral; des adhérences réunissent en plusieurs points les deux faces de la synoviale. De nombreux corps étrangers blancs, opaques, de forme irrégulière, d'apparence et de nature cartilagineuse, sont dispersés dans la cavité synoviale et entre les surfaces articulaires. Le condyle interne est déjeté en dedans et plus volumineux que normalement; sa face inférieure est revêtue de cartilages, sa face interne est hérissée d'éminences osseuses que je ne saurais mieux comparer qu'à des verrues; sa face externe est nettement marquée, comme si l'on avait reséqué le condyle externe. La face articulaire du condyle externe est réduite de moitié, située sur un plan plus élevé que celle du condyle interne, et recouverte de fongosités très vasculaires.

La cavité glénoïde externe du tibia est encore encroûtée dans ses deux tiers postérieurs d'un cartilage assez rugueux ; sa partie antérieure en est complètement dépourvue, recouverte de fongosités et coupée en biseau ; de ce côté, pas de cartilage semi-lunaire. La cavité glénoïde interne du tibia est encore recouverte de cartilage dans sa moitié postérieure, dans sa moitié antérieure elle en est dépourvue et revêtue de bourgeons vasculaires. Cette surface est taillée en biseau aux dépens du condyle interne et de la face interne du tibia ; elle est alternativement concave et convexe, et répond exactement à un corps étranger de forme demi-circulaire, placé sous le condyle interne du fémur, et qui semblerait être le pourtour du condyle interne du tibia détaché et très hypertrophié ; de ce côté et au-dessus de ce corps étranger on retrouve le cartilage semi-lunaire.

Ces lésions rappellent celles des anciennes tumeurs blanches, mais elles se rapprochent beaucoup plus de celles de l'arthrite sèche. Quant à la nature de l'exostose, je crois, avec M. Langier, dans le service duquel était couché le malade, que c'est là un exemple d'exostose périostale ; elle ne présente pas, il est vrai, tous les caractères des exostoses périostales d'Astl. Cooper, mais elle en offre plusieurs. L'idée de cancer a été éliminée par tous ceux qui ont eu la pièce entre les mains ; il est cependant fâcheux que le microscope n'ait pu nous éclairer sur la nature du tissu contenu dans les vacuoles du tissu osseux nouveau, mais la coupe n'a été faite qu'après macération de la pièce.

Vessie. — Ce réservoir est distendu et renferme une notable quantité de sang et d'urine. Ses parois sont épaissies ; la muqueuse a une teinte violacée ; elle est grisâtre vers le bas-fond ; dans le reste de son étendue, elle semble recouverte de fausses membranes. Au col et dans le trigone s'observent plusieurs ulcérations ; sous la muqueuse on aperçoit plusieurs veines très dilatées, variqueuses. A droite et vers le col, la disposition variqueuse est surtout manifeste : là se voit un tronc veineux dilaté envoyant sous la muqueuse plusieurs ramifications également dilatées, noueuses. Ce tronc veineux a été le siège d'une rupture que l'on constate *de visu* ; cette rupture est actuellement fermée par un caillot, et là fut certainement la source de l'hématurie. En résumé, le col vésical est entouré d'un cercle veineux à ramifica-

tions sous-muqueuses et divergentes, dilatées et constituant, à n'en pas douter, ce qui a été décrit sous le nom de varices ou d'hémorrhoides vésicales, par Chopart, et à son dire par Cœlius Aurelianus, Bonet, Morgagni, Sauvages ; aucun de ces auteurs n'a rapporté (que je sache) d'autopsie ; aussi cette cause d'hématurie n'est pas à beaucoup près signalée par tous les auteurs modernes.

Reins. Un petit kyste dans la substance corticale du rein droit. — *Poumons.* Dans le poumon gauche, quelques tubercules crus au sommet. Le poumon droit est infiltré de tubercules dans ses deux lobes supérieurs, et creusé d'une caverne à son sommet.

Rapport de M. Marcé, interne des hôpitaux.

M. Guyon a présenté deux pièces très intéressantes recueillies sur un même sujet : l'une est une *exostose de la partie inférieure du fémur*, l'autre une *rupture de veines variqueuses du col de la vessie*, avec hémorrhagie assez considérable pour amener la mort du malade.

Je ne rapporterai pas ici les particularités nombreuses présentées par l'exostose du fémur, ainsi que les lésions qui se rencontraient en même temps du côté de l'articulation du genou ; je renvoie pour cela à l'observation de M. Guyon. J'insisterai sur les motifs qui me font adopter son opinion sur la nature de cette exostose. C'est bien, je crois, une exostose périostale, semblable à celles qui ont été décrites par A. Cooper, et généralement admises depuis cet auteur.

Sans doute on n'a pas fait l'examen microscopique de cette matière fongueuse, rougeâtre, contenue dans les aréoles de l'exostose, mais je crois qu'on peut sans crainte éliminer l'idée d'un cancer de l'os, car dans le cas qui nous occupe, on n'observait nullement ces aiguilles osseuses fines, transparentes, réunies en faisceaux, qui caractérisent la tumeur fongueuse périostale (1) ; la matière interposée n'avait nullement l'aspect du squirrhe ou de l'encéphaloïde. Enfin, l'aspect général de la tumeur, la lenteur de son développement, l'absence de douleurs, achèvent à cet égard notre conviction.

(1) Une pièce présentée par M. Verneuil a fait voir de ces aiguilles osseuses dans une tumeur fibro-plastique occupant l'extrémité inférieure du fémur.

(N. du R.)

Ce ne pouvait être non plus une exostose syphilitique, car si les antécédents permettent d'abord quelques doutes à ce sujet, il ne faut pas oublier que jamais le malade n'a eu de douleurs ostéocopes, qu'il est rare de voir des exostoses syphilitiques choisir pour siège l'extrémité inférieure du fémur, et surtout acquérir un volume aussi considérable, enfin que l'iodure de potassium employé pendant quelque temps n'a produit aucun résultat appréciable.

Cette exostose périostale, résultat ou mieux cause de l'altération du genou, offrait de remarquable, outre son volume et sa configuration, son siège à l'extrémité inférieure du fémur; c'est pour les tumeurs de ce genre comme un lieu d'élection signalé déjà par Mascagni, A. Cooper et M. Velpeau. Quant à la matière molle et rougeâtre contenue dans ses aréoles, une disposition tout à fait semblable se trouve signalée dans une observation d'A. Cooper, mais il y aurait, je crois, de l'exagération à y voir des traces d'une ossification incomplète, car c'est uniquement en vue d'idées théoriques que le chirurgien anglais avait admis un état cartilagineux précédant toujours l'ossification.

Notons enfin cette disposition générale à l'ossification signalée déjà par Abernethy, et qui se révèle par l'ossification de l'aponévrose du jumeau interne; mais les muscles avaient échappé à toute transformation de ce genre, ainsi que l'a noté M. Guyon.

Quant à la seconde lésion présentée par ce même malade, c'est-à-dire cette rupture d'une varice du col de la vessie ayant amené une hématurie mortelle, sa valeur est incontestable. Sans doute Bonet, Morgagni, Coelius Aurelianus, au dire de Chopart, ont décrit les dilatations veineuses du col de la vessie, mais aucun d'eux ne cite d'exemple bien positif de leur rupture, et cependant Chopart regardait le fait comme possible, car dans un cas d'hématurie très grave chez une femme, il dit avoir soupçonné la rupture d'une veine. Mais il ne parle pas d'autopsie, et certes on ne saurait se contenter aujourd'hui d'affirmations aussi dénuées de preuves anatomiques. Le fait rapporté par M. Guyon, s'il n'est pas unique, est du moins extrêmement rare, et je crois que l'on devra en tenir grand compte dans l'histoire de ces varices du col de la vessie, faite jusqu'ici plutôt avec des assertions qu'avec des données bien positives.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

XXIX^e ANNÉE.

Bulletin N^o 10. — Octobre 1854.

RÉDIGÉ

PAR M. LE DOCTEUR BAUCHET, SECRÉTAIRE.

SOMMAIRE.

Extrait des procès-verbaux des séances de la Société.

1. Contusion du cerveau. — 2. Dysurie. — 3. Anévrisme artérioso-veineux. — 4. Diathèse cancéreuse. — 5. Tumeur érectile (?). — 6. Hypertrophie mammaire; — fistule vésico-vaginale; — calcul. — 7. Altération de l'os temporal. — 8. Tumeur sanguine simulant une grenouillette. — 9. Kyste du quatrième orteil. — 10. Kystes des doigts. — 11. Écoulement sanguin par la vulve. — 12. Affection du cœur. — 13. Fracture du fémur mal consolidée. — 14. Plusieurs exemples d'arthrite sèche. — 15. Fracture du col du fémur, cancer de l'utérus.

OBSERVATIONS : Dragonneau, par M. Vautrin, interne des hôpitaux. — Épanchement crânien, trépanation, etc., par M. Liégeois, interne des hôpitaux. — Anévrisme vrai du cœur, congénital, par M. Rossen, interne des hôpitaux. — Phlébite des veines renales, etc., par M. Vidal, interne des hôpitaux. — Extrait du rapport de M. L. Blin.

PRÉSIDENCE DE M. CRUVEILHIER.

1. *M. Marcé* présente une contusion du cerveau et une fracture du bassin, etc., et donne les détails suivants :

Le 26 octobre 1854, à neuf heures du matin, on apporte à l'hôpital de la Charité, un jeune homme de dix-huit ans, ouvrier aux travaux du Louvre, qui venait de tomber de cinquante pieds de hauteur.

La figure est assez pâle, les yeux grandement ouverts, la pupille normalement dilatée; le malade pousse des plaintes et des gémissements incessants: il y a bien perte de connaissance, c'est-à-dire qu'il ne répond à aucune interpellation, mais il n'y a pas coma, ni paralysie: loin de là le moindre attouchement, surtout à la figure, détermine des mouvements violents et incessants de la tête, des mâchoires, et en même temps des cris perçants et inarticulés.

Outre une *plaie à la région sus-orbitaire gauche*, s'arrêtant au périoste et ne s'accompagnant ni de fracture des os du crâne, ni d'écoulement sanguin par le nez, ou par les oreilles, on constate une *crépitation osseuse considérable dans la cuisse gauche*, une autre *fracture au coude gauche* avec large ecchymose. On se contente de panser la plaie du front et de disposer sur un coussin les membres fracturés.

Pendant les heures qui suivirent, le poulx d'abord très faible se releva légèrement, mais l'agitation, les cris et les gémissements ne firent qu'augmenter d'intensité, et il fallut fixer le malade dans son lit: toutes les fois qu'on essayait de remettre en place les pièces de pansement, il témoignait sa douleur par des grognements de mauvaise humeur, et même semblait chercher à mordre.

Vers six heures le poulx s'affaiblit, les extrémités se refroidissent; le malade meurt dans la soirée sans que son état ait offert de grands changements.

L'autopsie de la tête fut faite avec soin. Les os du crâne attentivement examinés n'offrent aucune fracture ni à la base, ni à la voûte. Au niveau de l'extrémité postérieure de l'hémisphère droit la *pie-mère offre une vaste ecchymose*, tandis que dans le reste de son étendue, elle est simplement congestionnée. Au même niveau, la *substance corticale et même une légère couche de la substance blanche* sous-jacente sont converties en une *pulpe noirâtre* formée par le mélange intime du sang et de la substance cérébrale: au-dessous de cette partie ainsi contuse, on trouve dans la substance blanche, à la profondeur de 2 à 3 centimètres, au moins sept à huit *noyaux d'apoplexie capillaire*, les uns gros comme une noisette, les autres du volume d'une tête d'épingle. Ils sont formés par un caillot noirâtre, parfaitement circonscrit. Dans le pédoncule cérébral du côté droit, se ren-

contre un foyer de même nature, du volume d'une forte tête d'épingle, et un autre plus volumineux dans le cervelet; rien dans les parties centrales, seulement le centre ovale offre de chaque côté un piqueté cérébral assez prononcé.

En un mot, sous le rapport des symptômes et des lésions anatomiques, c'est là, selon nous, un type parfait de contusion du cerveau.

Enfin les *fractures*, après avoir été préparées, furent mises sous les yeux de la Société : au coude, une première fracture, transversalement dirigée, séparait toute l'extrémité inférieure de l'humérus, tandis qu'une seconde division verticale, passant par la trochlée, séparait complètement le condyle interne du condyle externe.

Ce bassin offre un très bel *exemple de fracture de la cavité cotyloïde*. C'est une fracture à trois branches partant du centre de la cavité; une des branches est supérieure, l'autre interne; elles offrent 3 ou 4 centimètres de longueur et sont assez sinueuses. Quant à la branche externe, elle offre à son origine une esquille de la grandeur d'une pièce de un franc, et plus longue que les autres, elle arrive jusqu'à la fosse iliaque. Quoique la mort soit survenue de très bonne heure, les os offraient déjà une vascularisation très prononcée, et sur laquelle plusieurs membres appellent l'attention de la Société.

Au fémur enfin existe cette variété de fracture assez rare qu'on appelle *spiroïde* : voici comment elle est composée : une première ligne verticalement dirigée part du côté externe du petit trochanter et suivant à peu près la ligne âpre arrive à la partie moyenne de l'os. Une seconde ligne, partant également du petit trochanter, contourne en spirale la partie interne, antérieure et externe de l'os, pour venir rejoindre l'extrémité inférieure de la première ligne : sur les surfaces fracturées on remarque la même vascularisation déjà signalée pour le bassin.

Cette contusion du cerveau, ainsi que le fait remarquer *M. Fano*, rentre dans la catégorie de ces contusions qu'il a désignées sous le nom de *contusions diffuses*.

M. Broca insiste sur la disposition de la fracture du fémur, qui est rare. *M. Gerdy* possède plusieurs exemples de fractures semblables ayant pour siège le même os et le même point de l'os.

A propos de la contusion du cerveau, *M. Broca* nous cite un fait dont il a été récemment témoin à l'Hôtel-Dieu. Un malade qui avait fait une chute sur la tête, fut apporté à l'hôpital. Il offrait tous les symptômes notés plus haut : perte de connaissance, agitation, etc. A l'autopsie, on ne trouva ni contusion, ni piqueté de la substance blanche, et un petit noyau à la partie postérieure et inférieure d'un des hémisphères.

2. *M. Broca* a fait la *circuncision* à un étudiant en médecine; il a produit, à l'aide d'un mélange de glace et de sel, une anesthésie presque complète. Il n'y eût d'abord aucun écoulement sanguin. Cinq heures après, à neuf heures du soir, *hémorrhagie* par une artère : — ligature. Le lendemain matin à quatre heures, *deuxième hémorrhagie* par une autre artère : — nouvelle ligature. En même temps que la première hémorrhagie, le malade avait du *ténésme vésical*; en le sondant, ce qui fut fait sans douleur, on trouva l'urètre très resserré dans toute son étendue jusqu'à la vessie; une fois cette coarctation vaincue, le malade put uriner facilement sans le secours de la sonde que l'on retira de l'orifice vésical. On dirait que l'application du mélange réfrigérant a fait contracter les artères, d'où le défaut d'hémorrhagie immédiate après l'opération, et en même temps l'urètre qui, cinq heures après, était encore sous l'influence de cette réfrigération.

M. Dufour rappelle que *M. Ricord* se sert du chloroforme pour obtenir l'anesthésie : la dysurie n'est pas rare après la *circuncision*.

M. Broca rapproche l'effet du froid sur les artères et sur l'urètre : on trouve dans les parois de ces canaux un même tissu qui n'est pas musculaire mais contractile et que le froid semble avoir influencé de la même manière.

M. Charcot cite une hystérique du service de *M. Piorry*, qui, soumise depuis quelque temps à l'action de la *strychnine*, éprouve des *ténésmes* analogues à ceux dont *M. Broca* vient de parler. Quoique depuis six mois cette malade ait l'habitude d'être sondée, elle n'éprouve cet accident que depuis l'administration de la *strychnine*.

3. *M. Giraudeau* présente un *anévrisme artérioso-veineux* de la veine jugulaire et de l'artère carotide interne droite.

Voici ce que l'on constate :

Un peu au-dessus du point de bifurcation de la carotide primitive, on trouve, sur la carotide interne, une perforation, pouvant admettre environ une grosse plume de corbeau. L'artère, à ce niveau, a un calibre un peu plus considérable. Du côté de la veine, une perforation, un peu plus petite. Entre ces deux vaisseaux, un vrai sac, pouvant contenir environ le bout du petit doigt; sac que l'on voit bien manifestement, et dont surtout on constate bien l'existence, quand on fait passer un stylet dans les perforations de l'artère et la veine. Dans ce petit sac, un petit point très dur, et qui est formé par un plomb de chasse.

Le malade de qui provient cette pièce a reçu, à bout portant, un coup de pistolet chargé à petits plombs. L'un des plombs a frappé le bord inférieur de la mâchoire inférieure, vers son angle, et s'est réfléchi en bas et en arrière. On voit encore, à la peau, une petite cicatrice, et l'os maxillaire, en ce point, est un peu érodé.

Immédiatement après le coup de feu, il est survenu un engorgement considérable de la partie latérale droite du cou. Mais la plaie ne ressemblait nullement à une plaie par arme à feu.

En examinant la partie blessée, on trouvait, au toucher, un frémissement dans le cou, que tout d'abord on pourrait croire produit par la crépitation de l'emphysème; mais, avec plus de soin, on trouvait le frémissement caractéristique, puis un bruit de souffle à double courant. Le lendemain et les jours suivants, le bruit de souffle est devenu plus intense, et se localisait bien vers l'angle de la mâchoire. Ce bruit pouvait être suivi le long de la carotide, jusque dans la région du cœur.

M. Giraldès crut d'abord qu'il s'agissait d'un anévrysme artérioso-veineux, occupant la carotide externe et les veines faciales.

Un mois après l'accident, le gonflement, l'ecchymose avaient disparu, mais il restait une tumeur pulsatile, dans le point déjà mentionné. Il semblait que le sac augmentait de jour en jour, aussi M. Giraldès se proposait-il de faire, de tenter quelque chose pour la guérison. Le malade ne voulait entendre parler d'aucune opération, il sortit de l'hôpital. Peu de temps après, il rentra dans le service avec un anthrax de mauvaise nature et mourut.

A l'examen des pièces, on constate les lésions décrites plus

haut. De plus on trouve une masse plastique qui enveloppe l'artère, le sac et la veine, et qui comprend dans son épaisseur le nerf laryngé supérieur et le pneumo-gastrique. Il est surtout difficile de disséquer et de détacher le nerf laryngé supérieur. Ce fait explique un symptôme que l'on a pu observer pendant la vie du blessé. Quand il est entré à l'hôpital, sa voix avait son timbre normal, puis elle est devenue un peu voilée, un peu sombre; et chaque jour elle perdait de sa clarté.

Si l'on avait pratiqué une ligature, on eût fait une opération inutile si l'on s'était borné à lier l'artère carotide externe; et cependant les symptômes étaient plutôt ceux d'un anévrysme de cette artère que de la carotide interne.

Les faits à peu près semblables à celui que nous montre M. Giralès sont fort rares. On en trouve à peine deux exemples dans les auteurs: ainsi on voit dans les journaux anglais, un cas d'anévrysme entre le carotide interne et la jugulaire, développé à la suite de l'ouverture d'un abcès strumeux. La ligature de la carotide primitive a été pratiquée. Il est survenu une hémorrhagie par retour du sang de haut en bas, le malade est mort. Un second cas (publié dans la *Gazette médicale*) d'anévrysme de cette région, à la suite d'un coup de feu; la balle avait frappé dans la région malaire.

4. M. L. Blin montre un exemple de *diathèse cancéreuse*, très étendue, chez un jeune enfant de douze ans, mort dans le service de M. Blache, à l'hôpital des Enfants.

Les *ganglions* mésentériques, bronchiques, sont gros, hypertrophiés, et contiennent de la matière cancéreuse.

L'*appendice vermiculaire* du cœcum est énorme, il renferme aussi du cancer, de même que le gros intestin, qui présente des ulcérations profondes, et dans certains points, des lambeaux de muqueuse ramollis, jaunâtres, gangrenés.

La *rate* est grosse et farcie de cancer.

On trouve aussi de la matière cancéreuse au voisinage de la *racine des poumons*, et, dans la *cavité crânienne*, dans de petits points grisâtres, disséminés sur la face externe de la dure-mère, et érodant la boîte osseuse. Sur la voûte orbitaire surtout on rencontre une masse cancéreuse, plus grosse qu'une noisette.

L'*examen microscopique* a été fait par M. L. Blin et vérifié par M. Verneuil.

5. *M. Verneuil* présente une petite tumeur, congénitale, sous-cutanée, enlevée chez un enfant de six à sept ans. Elle était placée dans le creux axillaire, sous une portion de peau un peu rouge.

Cette tumeur est formée par une *masse graisseuse* dans l'intérieur de laquelle on remarque une foule de *petits kystes* renfermant de la sérosité citrine. Il n'y a point de structure propre du liquide, ou des parois des petites poches. Dans cette même tumeur, on voit trois ou quatre cavités, remplies par des caillots sanguins, formés de petits globules rouges et blancs altérés. On croirait, dans quelques-unes de ces cavités, à voir les petites colonnes qui s'y rencontrent, que l'on a sous les yeux une oreillette. On ne trouve pas d'épithélium tapissant ces cavités ; mais plus profondément existent bien manifestement des faisceaux de fibres musculaires de la vie organique.

Les kystes multiples, en dehors des glandes, des aréoles du tissu cellulaire, sont fort rares. *M. Verneuil* se demande s'il ne s'agirait pas de kystes développés dans une tumeur érectile. L'observation ne dit pas s'il n'a été tenté aucune opération, antérieurement à celle qui vient d'être pratiquée.

Pour *M. Broca*, peut-être cette tumeur était-elle primitivement une tumeur érectile, pour la guérison de laquelle on aura eu recours à divers procédés ; peut-être même la tumeur se sera-t-elle enflammée spontanément, comme cela s'observe quelquefois pour les tumeurs érectiles.

M. Cruveilhier pense que la tumeur est formée par du tissu érectile dégénéré. On voit, en effet, à côté de ces cavités kystiques, du tissu de cicatrice.

6. *M. Chassaignac* montre deux pièces à la Société anatomique.

1° Une tumeur énorme, grosse comme une tête d'enfant nouveau-né, et qui occupait tout le sein. Cette tumeur était lourde, bosselée, sans adhérence aux parties profondes, sans adhérence à la peau, qui glissait facilement sur elle. L'opération a été des plus faciles.

La tumeur offre à la coupe une teinte d'un blanc jaunâtre. A la face profonde, on voit une grande portion, qui n'est autre chose qu'une bourse séreuse placée entre le thorax et la mamelle.

Cette tumeur est un bel exemple d'*hypertrophie mammaire*.

Il n'y avait pas de ganglions dans l'aisselle, et seulement un peu d'érythème autour du mamelon.

2° C'est un exemple de *fistule vésico-vaginale*. La malade était entrée dans le service de M. Chassaignac pour y subir une opération ; elle succomba aux atteintes du choléra.

On voit, sur la pièce, une ouverture, pouvant admettre le bout du doigt et placée très près du col, sur la paroi antérieure du vagin, et qui fait communiquer la vessie et le vagin. Cette fistule est située un peu à droite de la ligne médiane. Le col est petit, atrophié, et l'on peut voir que si l'on avait pratiqué une incision transversale, pour détacher le col, on serait presque infailliblement arrivé dans le péritoine.

En avant existe une bride, assez résistante, qui rendait difficile l'accès de l'ouverture de la fistule.

Dans la *vessie*, on trouve un petit *calcul*, gros comme une petite noisette, et qui ne pouvait pas sortir par l'ouverture de la fistule.

Cette fistule était survenue à la suite d'un accouchement laborieux.

7. *M. Fano* met sous nos yeux une *altération remarquable de l'os temporal gauche*.

Cet os, surtout dans sa portion mastoïdienne, a considérablement augmenté de volume. Il a, en cet endroit, au moins le volume du poing. L'orifice externe du conduit auditif est très étroit. A la place des cellules mastoïdiennes, large cavité pouvant admettre un gros œuf de poule ; les parois de cette cavité ont une épaisseur considérable et présentent l'aspect de l'exostose éburnée. Tous les organes de l'oreille moyenne sont détruits. La corde du tympan a subi cette altération. Mais la troisième partie du nerf facial, contenu dans l'aqueduc de Fallope, est parfaitement intacte, ainsi que le reste de ce nerf.

Il n'y avait point de paralysie faciale ; mais il y avait paralysie de la sensibilité tactile et gustative de la moitié droite de la langue.

8. *M. Dolbeau* présente une *tumeur sanguine de la région sus-hyoïdienne*. Cette tumeur était placée sous la branche horizontale de la mâchoire, le long du trajet de l'artère faciale. Elle était grosse comme un petit œuf. Elle se continuait en haut et sur

les parties latérales des joues, avec des chapelets de petites tumeurs violettes, de véritables tumeurs érectiles.

Dans la tumeur principale, on sentait un frémissement cataire, et, à l'auscultation, on entendait un souffle continu, avec renforcement au premier temps.

Le diagnostic avait été celui-ci : *tumeurs érectiles diverses; anévrysme artérioso-veineux au cou.*

Dans la cavité buccale, sous la langue, on trouvait une autre tumeur, paraissant bien indépendante de la tumeur anévrysmatique, faisant relief dans la bouche, que l'on prit pour une grenouillette. Une ponction fut pratiquée. C'était une poche sanguine, située sous la langue et communiquant avec la tumeur latérale du cou. Une hémorrhagie survint; ce n'est qu'à grand-peine qu'on put s'en rendre maître. La poche s'enflamma; le malade mourut de phlébite dans le service de M. Nélaton.

On a pratiqué sur le cadavre une injection par l'artère carotide primitive; l'injection est revenue par la veine jugulaire, après avoir distendu en partie la poche, qui a été décrite la première. En insufflant la cavité placée sous la langue, l'air pénétrait dans la première tumeur, située sous la branche de la mâchoire.

Pour M. Dolbeau, cette altération pourrait ainsi se traduire :

Tumeurs érectiles; poches sanguines; communication accidentelle d'une de ces poches avec l'artère voisine.

En réponse à M. Broca, qui demande si la tumeur de la joue, si la tumeur sous la langue étaient le siège de battements, si ces tumeurs ne devraient pas être rapprochées des varices artérielles, de l'anévrysme cirsoïde, M. Dolbeau fait remarquer qu'on ne trouve aucune artère dilatée; que les cavités placées sous la langue, dans le ventre antérieur du digastrique, n'ont pas été remplies par l'injection. Quant aux battements, on ne les sentait que dans la tumeur où ils ont été décrits. M. Dolbeau rejette l'idée de varices artérielles.

M. Bauchet a observé, il y a quelques mois, à Bergues, près Dunkerque, avec M. le docteur Bollaert, une tumeur placée aussi sous la langue, et qui offrait tous les caractères de la grenouillette.

Ces caractères étaient si évidents, qu'il n'hésita pas à porter son diagnostic.

Cependant M. Bollaert avait fait une première ponction dans la

tumeur, et elle avait donné lieu à un écoulement sanguin très abondant, et il n'était pas sorti de ce liquide visqueux, gluant, caractéristique. De plus, la tumeur semblait augmenter à chaque effort, à chaque cri de la petite fille (sept à huit ans), et elle paraissait diminuer sous une pression continue et prolongée. Ces caractères étaient douteux, et, après un examen plus attentif, en présence de la forme, de la position, du reflet de la tumeur, on s'arrêta au diagnostic : grenouillette.

On passa un ténaculum dans la tumeur, puis, à l'aide de ciseaux courbes, on excisa toute la portion de tissu que le ténaculum avait soulevé. Il n'en sortit que du sang. Comme le ténaculum n'avait traversé aucune cavité, que l'on avait toujours senti la pointe engagée dans une masse assez concrète, on crut d'abord qu'on n'avait pas atteint le kyste. On porta dans le fond de la plaie un bistouri étroit; il n'en sortit encore que du sang.

On s'en tint là; l'écoulement sanguin fut assez abondant : boulette de charpie, alun en poudre, colophane ne purent l'arrêter. Mais on fut plus heureux avec une solution d'eau de Rabel : quelques jours après la petite malade ne ressentait plus rien.

Le petit lambeau excisé fut examiné. On vit sur la face profonde de la muqueuse des pertuis, des ouvertures vasculaires en plus grand nombre qu'à l'état normal, et cette disposition rappelait bien la structure des tissus érectiles. La malade fut examinée de nouveau, et les mouvements d'expansion de la tumeur au moindre effort de l'enfant et d'affaissement sous les doigts parurent encore plus manifestes.

M. Bauchet et *M. Bollaert* pensent qu'il s'agit d'une tumeur érectile, probablement veineuse; cette observation paraît devoir être rapprochée de la présentation de *M. Dolbeau*.

9. *M. Foucher* présente un *kyste synovial folliculaire du quatrième orteil*. Sur une femme d'une quarantaine d'années livrée aux dissections de l'école pratique, on rencontre, au niveau de l'articulation métatarso-phalangienne du sixième orteil un petit kyste du volume d'un pois, très tendu et reposant sur la partie latérale interne de la gaine des fléchisseurs. Cette gaine étant ouverte sur son côté externe, on a pu voir que le kyste faisait bomber en dedans la paroi de la gaine, qui, du reste, n'était pas amincie en ce point. La dissection a permis d'isoler le kyste de cette paroi, excepté en un point restreint que l'on a pu recon-

naître constitué en mince pédicule qui se prolongeait à travers la partie antérieure de l'articulation métatarso-phalangienne vers la synoviale; on voyait manifestement au niveau de l'insertion du pédicule une petite fente linéaire assez profonde. Cette petite tumeur, qui offre une assez grande dureté, n'est pas réductible par la pression. Ce kyste, que l'on aurait pu rapporter à la synoviale tendineuse, dépendait donc en réalité de la synoviale articulaire aux dépens d'un des follicules de laquelle il s'est développé d'après le mécanisme indiqué par M. Gosselin.

10. *M. Foucher* montre à la Société des *kystes de la main*.

Sur un sujet d'une quarantaine d'années, la main droite offrait à sa face palmaire une peau calleuse. Au niveau de la partie moyenne de la face palmaire de la première phalange du doigt médian, on trouvait, entre la peau et la gaine fibreuse des tendons, une petite tumeur allongée transversalement, d'une teinte jaunâtre, du volume d'une noisette, légèrement bosselée et évidemment fluctuante; cette tumeur est un kyste à parois minces qui repose sur la gaine fibreuse. Au niveau de la première phalange (partie moyenne) de l'annulaire existait un kyste plus petit, mais ayant le même aspect; enfin un second beaucoup plus petit occupait le niveau de la face latérale de la deuxième phalange du petit doigt. Le kyste de l'annulaire incisé a donné issue à un liquide épais, gélatiniforme, analogue à de la gelée de pommes. La face interne de la paroi est revêtue d'épithélium pavimenteux. En ouvrant la gaine tendineuse des tendons, on ne trouve pas la moindre communication entre le kyste et la gaine. La dissection de ces kystes a montré qu'ils adhéraient à la paroi de la gaine fibreuse par un pédicule étroit, qui se continue avec la synoviale tendineuse à travers la paroi, et est imperforé. Il n'existe pas de dépression au niveau de l'insertion de ce petit pédicule sur la synoviale. Sur ce même sujet, on trouve, au niveau de chaque articulation métacarpo-phalangienne, une petite bourse séreuse sous-cutanée.

Il est évident que ces kystes avaient pour siège les follicules synovipares que M. Gosselin a décrits dans les synoviales articulaires, mais qui existent et que M. Foucher a pu constater surtout dans les synoviales tendineuses des doigts. L'adhérence de la synoviale à la paroi fibreuse ne permet pas d'invoquer ici la hernie d'une portion de la synoviale.

11. *M. Eugène Forget* communique à la Société le fait suivant :

Il a observé en ville un *écoulement sanguin par la vulve* chez un *enfant nouveau-né*. Cet écoulement a duré neuf jours. Et c'était bien un écoulement de sang, comme on le voyait à la couleur des taches sur les linges, et cet écoulement se faisait bien par la vulve, ainsi que M. E. Forget s'en est assuré. En présence de ce fait et de la persistance de l'écoulement, M. Forget a fait appliquer deux sangsues derrière les apophyses mastoïdes. L'écoulement s'arrêta. L'enfant mourut trois semaines après, emportée par le choléra. L'accouchement avait été des plus simples et des plus faciles.

12. *M. Isambert* présente un exemple d'*affection cardiaque*, une *hypertrophie du cœur*.

Le malade, âgé de vingt-sept à vingt-huit ans, était à l'Hôtel-Dieu depuis deux mois. Il avait présenté tous les signes d'une *hypertrophie* du cœur, avec *bruit de souffle*, au *deuxième temps*, bien limité, près du sternum, au niveau de la troisième côte, et s'entendant bien dans un espace de 3 à 4 centimètres carrés. On trouvait aussi de l'*albumine* dans les urines. Il succomba à une *pneumonie intercurrente*.

A l'*autopsie*, on ne trouva aucune altération dans les reins; rien qui pût expliquer, dans cet organe, la présence de l'*albumine* dans les urines.

Le cœur est volumineux.

L'*oreillette gauche* est pâle; les valvules un peu épaissies, mais fonctionnant bien.

Les valvules sigmoïdes de l'*aorte* sont aussi un peu épaissies, mais elles ne sont nullement insuffisantes.

Pour le *cœur droit*, on trouve l'orifice auriculo-ventriculaire droit très dilaté. Il laisse passer sans peine trois à quatre doigts. On ne trouve rien dans l'artère pulmonaire.

Toutes les cavités du cœur sont dilatées et leurs parois hypertrophiées.

On trouvait, pendant la vie (je le répète), un souffle doux, non râpeux, bien caractérisé, qui ne ressemblait en rien au souffle anémique.

13. *M. Broca* montre un fort bel exemple de *fracture du fémur, mal consolidée*. La pièce a été recueillie sur le cadavre d'un homme, mort à la Pitié, salle Sainte-Marthe.

Ce malheureux s'était fracturé le fémur, il y a dix-huit mois, en faisant une chute. La fracture, simple, sans plaie, siégeait à peu près à la partie moyenne de cet os. On appliqua un appareil, le malade garda le lit; enfin, il fut guéri, ou plutôt il put marcher.

Il restait une difformité considérable, un raccourcissement énorme; le fémur, au niveau de la fracture, avait plus que triplé de volume. Mais le malade marchait (en boitant, bien entendu) et le membre ne fléchissait pas, et l'on ne soupçonnait pas qu'il pût exister une fracture non consolidée, comme les pièces le démontreraient dans un instant.

Le malade marchait donc; quelques jours après, un abcès survint: cet abcès s'ouvrit spontanément; il en résulta un trajet fistuleux en arrière et en haut de la cuisse. Cette fistule persista.

Lorsque le malade entra à l'hôpital, M. Broca, soupçonnant qu'il existait une nécrose partielle du fémur, un séquestre, introduisit un stylet par la fistule, voulant aller constater l'état de la portion osseuse malade. La peau était décollée; le stylet filait entre elle et l'aponévrose *fascia lata*, et ne suivait pas le trajet qui conduisait au séquestre. L'autopsie vint démontrer qu'il existait plusieurs trajets, placés au milieu de tissus indurés, lardacés. Et quoique l'exploration directe ne conduisit à d'autre résultat qu'à la constatation du décollement de la peau, il n'était pas douteux qu'il existait une nécrose de l'os de la cuisse.

Mais ce n'était pas ces accidents qui avaient amené le malade à l'hôpital. Il était entré pour une douleur vive, avec gonflement considérable à la partie interne de la cuisse, pour un abcès. La tumeur fut incisée; du pus, assez mal lié, s'écoula en abondance, et par la plaie on put introduire un stylet et constater la présence d'un séquestre assez considérable, assez mobile. M. Broca se proposait de procéder à son extirpation. Cet homme allait bien, lorsque tout à coup se déclara un érysipèle, partant de la fistule postérieure, distante au moins de 30 centimètres de la plaie interne. L'érysipèle s'étendit bientôt, le malade mourut.

Autopsie. — Le fémur est difforme, raccourci. Les deux fragments sont déplacés, suivant l'épaisseur de l'os, reliés par une masse osseuse qui tient les fragments à distance. La consolidation n'est pas complète, et l'on peut imprimer au corps de l'os

des mouvements de latéralité. Le cal qui unit les bouts fracturés est en partie fibreux. Il y a une jetée osseuse, partant de la partie supérieure du fragment inférieur, oblique en bas et en avant, en partie adhérente latéralement, au fragment supérieur, et formant comme un socle sur lequel repose ce dernier. Et cette disposition donne à l'os une grande solidité; on peut appuyer de toute sa force sur la tête du fémur, sans faire céder le point fracturé. Cette disposition explique, du reste, pourquoi l'os de la cuisse ne fléchissait pas dans la marche. Mais quelle est la cause de cette non-consolidation?

L'extrémité inférieure du fragment supérieur présente un séquestre, enchevêtré dans une espèce de coque de tissu fibreux, mobile, et de la grosseur du fémur normal. Ce séquestre ne présente pas de trace d'inflammation, ce qui prouve bien que c'est un os qui s'est nécrosé du premier coup. C'est sur ce séquestre qu'arrivait le stylet; c'est lui que M. Broca eût extrait, s'il eût pratiqué une opération.

Quelquefois avec un séquestre, la consolidation se fait; quelquefois elle se fait même d'une manière complète (ainsi qu'il en existe des exemples); mais le plus souvent les deux bouts d'un os fracturé dans ces conditions ne se soudent pas.

Derrière ce fragment supérieur, qui chevauche en avant, l'extrémité supérieure du fragment inférieur est coiffée de tissu fibreux. Au milieu de ce tissu, on trouve deux petits séquestres, mobiles tous deux. Certes, on n'eût pas soupçonné l'existence de ces séquestres, et si l'on eût procédé à l'extirpation du séquestre précédemment décrit, on eût fait évidemment une opération incomplète. En supposant même qu'on se fût mis sur ses gardes, comme ces deux derniers séquestres étaient presque cachés au milieu du tissu fibreux, ils auraient pu échapper à un premier examen.

Notons encore que le fragment supérieur est poreux, spongieux, présente les caractères d'un os enflammé. Cette inflammation s'explique naturellement par la présence du gros séquestre.

14. *M. Cruveilhier* présente deux exemples curieux d'*arthrite sèche* ayant attaqué les deux articulations coxo-fémorales d'une femme morte dans son service.

Cette femme, âgée de quarante ans, est entrée à l'hôpital de la Charité pour une paralysie des membres inférieurs.

En la faisant marcher pour l'examiner, M. Cruveilhier constata de chaque côté, tout près et en dehors des crêtes iliaques, une tumeur énorme, avec mobilité assez grande de la tête du fémur.

Dans sa jeunesse, la malade marchait bien, et elle estimait que jamais elle n'avait eu de difformité avant le début de sa paralysie.

Elle mourut du choléra.

A l'autopsie, on trouve deux articulations coxo-fémorales tuméfiées; la séreuse est remplie de synovie sanguinolente.

Le *petit fessier* recouvre la capsule fibreuse et se confond avec elle. Son tissu est presque tout entier devenu fibreux.

Le *psaos iliaque* est atrophié et contient des points osseux. Le *pectiné* est devenu aussi fibreux.

Les *arcades pubiennes* sont énormes, telles qu'on les voit chez des malades qui ont eu une luxation congénitale. Les branches pubiennes horizontales et descendantes sont grêles, écartées.

Les deux *cavités cotyloïdes* ont plus que doublé d'étendue. Elles ont une forme assez oblongue, leur grand diamètre tourné de haut en bas. La *tête fémorale* est aplatie, le *col du fémur* est bien plus court.

Du côté des *surfaces articulaires*, au lieu de cartilage d'encroûtement, des rugosités, des points saillants et comme éburnés.

Tout autour des articulations, des végétations nombreuses, de volume variable, depuis la grosseur d'un pois jusqu'à celle d'une petite noix, les unes cartilagineuses, les autres réellement ossifiées; les unes tenant par un pédicule assez épais, d'autres presque tout à fait libres dans l'articulation.

C'est bien là un type de la maladie que M. Cruveilhier désigne sous le nom de *maladie par usure des surfaces articulaires*, un type d'*arthrite sèche*. Car il ne faut pas songer à une luxation double spontanée, congénitale, les antécédents de la malade ne permettant pas de s'arrêter à cette supposition.

Pour M. Houël, c'est aussi un exemple d'*arthrite sèche*. Ces lésions se rencontrent assez fréquemment à la suite de luxations anciennes accidentelles et aussi congénitales. Mais ce n'est pas ici le lieu de songer à une pareille lésion comme point de départ de l'arthrite sèche. Mieux vaut admettre qu'elle est spontanée.

M. Broca. Ce fait lui rappelle une *altération du genou* fort remarquable qui a été présentée à la Société par *M. Jessé*.

L'articulation était englobée par une coque osseuse ; toute la synoviale s'était ossifiée. Avec ces lésions on trouvait tous les degrés de l'arthrite sèche.

Il y a, en général, un peu d'arthrite sèche dans les luxations non réduites. Il était important de se demander si c'était l'arthrite sèche qui avait déterminé la luxation du genou que l'on trouvait, ou si c'était la luxation qui avait été le point de départ de l'arthrite sèche ; si l'arthrite sèche était primitive ou consécutive.

A force de chercher et d'interroger les personnes qui avaient vu le malheureux pendant sa vie, *M. Jessé* finit par savoir que cette lésion s'était montrée petit à petit, que cet homme n'avait jamais éprouvé de violence extérieure.

Voilà encore un fait où la lésion de l'arthrite sèche est primitive.

M. Verneuil. Dans les luxations anciennes non réduites, il se développe quelque chose d'analogue. Cependant dans deux cas de luxations anciennes non réduites, une luxation de l'épaule, datant déjà de loin, et ayant déterminé une déformation de la tête humérale, et la formation d'une cavité creusée sur le bord de la cavité glénoïde, et une luxation du coude, avec soudure presque complète du radius, du cubitus et de l'humérus ; dans ces deux cas, dis-je, il n'y avait pas de traces de végétation, les cartilages avaient en partie disparu, les os étaient lisses, et il n'y avait pas d'autres altérations.

M. Houël : Dans le musée, sur quatorze ou quinze cas de luxations de l'épaule anciennes, on compte à peine deux ou trois cas dans lesquels on remarque les altérations de l'arthrite sèche. Ainsi, cette lésion est loin d'être la règle générale, dans les luxations réduites ou non réduites, anciennes ou récentes.

15. *M. Desnos* présente un exemple de *fracture du col du fémur*, survenu à la suite d'un léger mouvement, chez une femme qui était atteinte de *cancer de l'utérus*. C'était en la retournant dans son lit que l'infirmière avait entendu un craquement, à la suite duquel la malade n'avait pas pu se servir de son membre.

On trouve sur le col du fémur, à son union avec le corps, une tumeur de la grosseur d'une pomme, sur la nature intime de laquelle il reste quelques doutes, mais qui paraît bien cancéreuse.

OBSERVATION.

Dragonneau. — Par M. Vautrin, interne des hôpitaux.

K... L..., trente ans, commerçant, né à Bombay, où il a presque toujours demeuré, venu à la visite de *M. Malgaigne*, le 13 juillet 1854.

Cet homme est parti de Bombay, le 13 mai 1854. Débarqué huit jours après à Aden. Séjour de vingt-quatre heures. Quelques jours après, débarqué de nouveau à Suez; n'y reste que quelques heures. Dix heures après, débarqué au Caire, où il est resté trois jours.

Du Caire, il a pris le bateau à vapeur sur le Nil, jusqu'à Alexandrie, où il a séjourné deux jours. Au Caire et à Alexandrie il a vécu et couché dans des hôtels de la ville.

Dix jours après il arrive à Marseille, le 13 juin.

Le malade nous dit qu'à Bombay, vers le mois de février de cette année, son domestique avait un dragonneau qui le gênait beaucoup et l'empêchait de marcher. Cet homme s'était fait traiter par des derviches, quoique dans le pays on pratique l'extraction du ver au moyen de deux incisions... Ce malade en question avait été traité par une application de pommade noire qui l'avait brûlé. Lorsque son maître est parti il pouvait marcher.

Ce domestique n'habitait pas dans la maison et n'était pas chargé de nettoyer ses habits.

Mais K..., avait un autre domestique qui avait aussi le ver et qui brossait ses souliers.

A son arrivée en France, notre malade ne sentait rien. Cependant, étant dans la diligence de Marseille à Paris, il se rappelle très bien avoir commencé à ressentir de fortes démangeaisons au pied gauche, en arrière de la malléole interne, c'est-à-dire, juste à la place qu'occupe aujourd'hui le dragonneau.

Ce n'est qu'il y a quinze jours, à peu près, que le chatouillement étant incessant et devenant plus fort, le malade a examiné son pied avec attention. Le 27 juillet, il aperçoit en arrière de la malléole interne un petit point rouge légèrement saillant.

Le 6 juillet, il a aperçu un deuxième point rouge à 2 centimètres en avant du premier, qui s'était affaissé et avait presque complètement disparu. En même temps apparaissait comme une veine tortueuse, placée sous la peau et aboutissant à l'un de ces points. Ces sinuosités ont grandi les jours suivants et presque à vue d'œil, car le malade dit que chaque jour la veine augmentait de deux pouces au moins.

Le 8 juillet, apparaît un troisième point rouge; l'autre point mentionné précédemment s'efface.

Le 13 juillet, ce malade s'est présenté à nous dans l'état suivant :

Les douleurs sont assez fortes depuis deux jours; aussi la marche est assez pénible.

Le malade ayant retiré sa chaussure, on voit, entre la malléole interne du pied gauche et le tendon d'Achille, à travers la peau soulevée et un peu amincie, mais d'une coloration naturelle, un réseau de circonvolutions qui ressemble tout à fait à un paquet de petites varices, en sorte que le diagnostic reste un moment douteux. Mais le malade nous montre une portion du cordon, s'étendant isolément et sinueusement aussi jusqu'au tendon d'Achille, faisant des progrès depuis quatre jours et ayant atteint depuis hier le relief du tendon d'Achille.

Dès lors, et après avoir écouté le récit du malade, il ne reste aucun doute sur la nature de l'affection; et comme c'est la tête qui paraît être du côté du tendon, on fait là une petite incision comprenant l'épaisseur de la peau par laquelle, en effet, sort une longue portion d'un ver de couleur blanche, ayant à peu près trois quarts de ligne de diamètre.

A l'aide de deux pinces à disséquer avec lesquelles on le reprend à intervalles, pour éviter un trop grand tiraillement, on en retire un premier bout de 44 centimètres. Arrivé là, il y a rupture. On ressaisit immédiatement l'extrémité qui tend à rentrer sous les téguments, et successivement on retire un deuxième fragment de 11 centimètres; puis, après une deuxième rupture, un troisième fragment de 6 centimètres.

Il semble alors que tout a été retiré du côté du tendon. Mais à mesure qu'on exerçait des tractions, on était frappé d'une incroyable résistance partant de la malléole, et qui, lorsqu'on lâchait le ver, le faisait rentrer de plusieurs centimètres.

Lorsqu'on le tirait par trop fort, avant de se briser, il prenait une teinte rougeâtre.

En vain essaye-t-on de le refouler au dehors, avec les doigts et les ongles pressant autour de la plaie; ces tentatives ne font qu'augmenter sa rétraction.

On voit alors que près de la malléole, il y avait une extrémité libre qui remuait sous la peau. On fait une incision à 4 millimètres de cette extrémité perpendiculaire à la direction du ver. Comme elle était dans le derme même, elle fut coupée en travers. On retire alors facilement cette tête ou cette queue, mais l'autre portion était tellement serrée dans l'épaisseur du derme, qu'elle n'offrit pas de prise à la pince et qu'il fallut la disséquer pour la saisir. On en tire alors un autre bout de sept à huit centimètres, après quoi la rétraction devint tellement forte, qu'on aurait risqué de le rompre. C'est pourquoi on attache cette extrémité avec un fil, pour attendre au lendemain. (Cataplasme.)

Le soir, sans presque tirer, il sort une longueur d'à peu près 20 centimètres, après laquelle il y a rupture.

Le 14. Rien de nouveau, légère douleur.

Le 15. Rougeur en arrière de la malléole interne, commencement d'angioleucite, quelques ganglions à l'aîne.

Le 16. L'inflammation augmente.

Le 17. Foyer en arrière de la malléole, incision, dix sangsues autour du foyer.

Le 18. Les sangsues ont un peu soulagé le malade, qui souffre beaucoup et dort très peu.

Le foyer s'est agrandi. Il se présente à l'ouverture une portion du ver de 5 à 6 centimètres.

Le 19. Le foyer se prolonge par en haut. En appuyant à 8 ou 10 centimètres au-dessus de l'ouverture, on peut en faire sortir du pus. (Cataplasme.)

Position déclive du pied, afin que le pus puisse s'écouler librement. Pas de fièvre.

Le 20. On est obligé de pratiquer une contre-ouverture à 4 centimètres de la première. Deux mèches sont introduites.

Le 1^{er} août. Le malade va bien, les douleurs ont cessé depuis huit jours, les insomnies ont disparu. Trois portions.

Le 15 août. Plus de rougeur, ni de gonflement; les trajets

fistuleux se sont comblés. Il ne reste qu'un petit pont entre les deux incisions, pont sur lequel on applique une légère compression.

Le 10 septembre. Le malade sort guéri. La marche est facile et nullement douloureuse. Un léger empâtement existe entre la malléole et le tendon d'Achille.

La cicatrisation est complète.

M. Robin a fait l'examen de la pièce : C'était bien un dragonneau femelle. Il est vivipare, et l'on voyait dans son intérieur des petits dragonneaux, roulés sur eux-mêmes, et animés de mouvements; c'est à la suite d'un travail inflammatoire, qui a pour but d'ulcérer la peau, que les petits abandonnent la mère par cet orifice accidentel.

Quant à la répartition des entozoaires, elle semble soumise à des lois fixes : c'est ainsi que le *tænia* se rencontre dans certaines localités déterminées, tandis que le *botryocéphale* appartient exclusivement à des pays différents. Que si parfois on a cru pouvoir constater d'apparentes exceptions à cette loi, établir, par exemple, à l'aide de faits assez rares, que les deux ordres d'animaux parasites pouvaient se rencontrer dans les mêmes sites, une étude un peu plus sérieuse a fait promptement justice de ces contradictions apparentes. Pour ne citer qu'un exemple, Scemmering, vivant dans un climat où se rencontrait exclusivement le *tænia*, avait un *botryocéphale*. Mais Scemmering avait pendant deux ans habité un pays où se trouve le *tænia* (la Suisse).

M. Houel met sous les yeux de la Société, deux *filaires de Médine*, donnés au Musée, par M. Geoffroy Saint-Hilaire, et fait remarquer qu'ils sont ronds et filiformes, tandis que celui qui fait le sujet de l'observation de M. Vautrin est plat et plus gros.

OBSERVATION.

Vaste épanchement entre le crâne et la dure-mère. — Trépanation.

Par M. Liégeois, interne des hôpitaux.

Le nommé X....., entré à l'hôpital la Riboisière, à huit heures du matin, le 17 juin 1854, amené par deux militaires qui l'ont

recueilli dans une auberge. Aucun renseignement ne fut donné à l'interne de garde ; seulement nous avons su depuis que dans une querelle qui éclata entre cet homme et un étranger, celui-là avait été terrassé et avait eu la tête frappée contre le sol à trois reprises différentes.

Examen à la visite. — Le malade est couché sur le dos dans une immobilité complète, le cou, le cuir chevelu et la chemise couverts de sang. Prostration extrême, abolition de l'intelligence, de la mémoire : quoi qu'on fasse pour le stimuler, on ne peut tirer aucune réponse. Aucune trace de sang au pourtour des oreilles, du nez et de la joue. Hémiplegie du côté droit, paralysie complète du mouvement, paralysie incomplète du sentiment ; les membres supérieur et inférieur retombent comme des masses inertes quand on les abandonne à eux-mêmes, après les avoir préalablement élevés ; quand on pince le malade à droite, celui-ci dénote qu'il sent en portant la main gauche sur le point qui a été touché ; toutefois, pour que la sensibilité se montre, il faut pincer plus fort le membre droit que le membre gauche. La sensibilité et la motilité du membre gauche sont intactes. Hémiplegie faciale à droite, disparition du sillon naso-labial de ce côté, absence de toute ride, commissure portée en bas, paupières à demi entr'ouvertes. A gauche, commissure labiale tirée en haut, paupières fermées ; l'aile du nez, la joue droite se laissent soulever et déprimer dans les mouvements d'expiration et d'inspiration. Du côté des lèvres, à droite, rapprochement des deux lèvres, à gauche les deux lèvres forment une petite ouverture par où l'air s'échappe en produisant un sifflement.

Dilatation de la pupille des deux côtés ; sensibilité conservée de la conjonctive, de la pituitaire, de la muqueuse buccale.

L'examen du cuir chevelu et du crâne permet de constater trois petites plaies transversales correspondant à la partie postérieure gauche du pariétal et de l'occipital, et en avant de ces trois plaies, lesquelles paraissent n'intéresser que le derme, une bosse sanguine, large comme une pièce de 5 francs, à bords durs et saillants sous le doigt. On ne constate aucune fracture ; cependant *M. Voillemier* avait cru un instant percevoir une sensation de crépitation ; on ne constata en outre qu'une simple contusion à la région malaire, et une plaie insignifiante à la jambe.

État général. — La peau est couverte d'une sueur visqueuse, la respiration est gênée, accélérée : les battements du cœur sont petits, lents, concentrés, le pouls est en rapport avec ces battements, 60 pulsations. L'auscultation de ces organes ne fournit aucune donnée. — Du côté de l'intestin, rétention de matières fécales. — Du côté de la vessie, rétention d'urine.

M. Voillemier diagnostiqua un épanchement sanguin du côté opposé à la paralysie, c'est-à-dire du côté correspondant à la contusion des parties extérieures du crâne. La tête du malade étant rasée complètement, on constate de nouveau les trois plaies dont nous avons parlé, plaies bien nettes, comme faites par un instrument tranchant, plaies transversales. De plus, on limite plus exactement la bosse sanguine. Sur le reste du cuir chevelu, on rencontre d'anciennes cicatrices au nombre de deux correspondant aux deux régions pariétales.

Après avoir bien réfléchi, le chirurgien ne vit qu'un moyen pour sauver les jours du malade, celui de chercher à arriver sur le foyer sanguin au moyen de la trépanation. Le malade est amené à l'amphithéâtre; M. Voillemier choisit pour point d'application le point intermédiaire aux plaies et à la bosse sanguine. La rondelle osseuse enlevée, apparition d'un caillot noirâtre qui n'est séparé de l'extérieur par aucune lamelle fibreuse possédant des mouvements de soulèvement isochrones avec les mouvements respiratoires. A l'aide de l'élévateur dont on se servait comme d'une curette, on retira une première quantité de sang du volume d'une noix; le doigt plongé dans le foyer on put constater son énorme étendue: de là la nécessité de recourir à plusieurs couronnes de trépan. Quatre rondelles osseuses furent successivement enlevées autour de la première, puis on régularisa les bords dentelés de l'ouverture à l'aide de la pince de Liston. Dès lors on enleva tout ce que l'on put du caillot, et l'on en retira plus de la moitié d'un verre, caillot concret, noir, mollasse, velouté, mêlé à un liquide rouge-noirâtre qui n'a pas encore subi la coagulation. Pendant l'extraction de cette partie du caillot, on put constater un écoulement de sang rouge vermeil qui semblait provenir des parties profondes du caillot; en même temps une hémorrhagie en nappe s'effectuant à la surface d'une membrane blanchâtre assez dense que l'on reconnut être la dure-mère, et qui se trouve écartée du niveau des parois crâniennes de 2 cen-

timètres environ. Lorsqu'on eut enlevé le plus de caillot possible, on fit un tamponnement avec un bourdonnet de charpie imbibé de perchlorure de fer, par-dessus compresses et bandage.

Le malade est porté dans son lit avec toutes les précautions désirables, et y est placé de manière à avoir la tête le plus élevée possible. A quatre heures, légère amélioration, la sensibilité paraît être un peu plus développée à droite, les mouvements sont toujours nuls de ce côté, il s'agite de temps en temps et réclame sous ce rapport une surveillance continuelle. Le poulx augmente de force et de fréquence : 90 pulsations. On ne peut toujours lui arracher aucune parole.

18 juin. L'amélioration devient plus notable, il parle un peu, il semble un peu comprendre ce qu'on lui dit, mais il paraît ennuyé des questions qu'on lui adresse. La paralysie de la sensibilité a diminué, la paralysie du mouvement qui hier était complète est aujourd'hui incomplète; en effet, il agite le bras droit quand on le pince. La face conserve toujours le même aspect, la respiration est moins embarrassée, elle n'est plus stertoreuse. Les pupilles restent dilatées, rétention des matières fécales. Incontinence d'urine. — *Pansement.* — Les bandes sont imbibées de sang, mais pas en très grande quantité; la charpie, les bourdonnets sont enlevés; du fond du foyer sort un liquide noirâtre, fluide soulevé par les mouvements du cerveau. Introduction d'une simple mèche, par-dessus cérat et charpie; bandage de tête; poulx, 64 pulsations.

Le soir, le malade se trouve beaucoup plus mal, peau couverte d'une sueur abondante, facies livide, poulx petit et fréquent, 120 pulsations; impossibilité de le tirer de l'état de torpeur dans lequel il se trouve. Le malade, immobile, ne s'agite plus, la respiration a diminué de fréquence, est redevenue stertoreuse. A dix heures, en allant revoir le malade, on juge, à l'aspect du pansement, qui était teint de sang, qu'une hémorrhagie s'était faite. Aussi on enlève l'appareil: la dure-mère apparaissait cette fois au niveau de la table interne, un sang brun rougeâtre s'écoulait du sillon qui la séparait des os. En remplaçant le pansement, on put percevoir la sensation de crépitation que M. Voillemier avait déjà cru sentir. Tamponnement avec perchlorure de fer, charpie, bandage.

19 juin. Agonie du malade; le pansement n'est pas souillé

de sang, râles muqueux dans la poitrine, peau couverte d'une sueur froide; petitesse, irrégularité du pouls. Mort à dix heures du matin.

Autopsie. — Enlèvement de la calotte du crâne à l'aide d'une scie et avec toutes les précautions nécessaires; le trait de scie portant sur la bosse frontale, la base de l'apophyse mastoïde, la ligne courbe occipitale supérieure. La calotte se laisse enlever avec la plus grande facilité, surtout du côté où correspond l'épanchement. Il est facile de s'assurer là que l'épanchement avait eu lieu entre la dure-mère et les os du crâne, que le trépan avait été appliqué juste à la partie moyenne, et que cet épanchement correspondait à toute la partie gauche de l'occipital, moins la partie inférieure et la partie postérieure, et à une partie de la région pariétale; que les sutures occipito-pariétales n'avaient point arrêté l'épanchement; la largeur de l'épanchement est de 10 centimètres, la hauteur 6 centimètres. Aucune altération du côté de la dure-mère; la dure-mère enlevée, écoulement d'une faible quantité de liquide céphalo-rachidien. Du côté gauche, coloration blanchâtre normale de la substance cérébrale; du côté droit injection vive de la surface externe, caillot sanguin correspondant à la partie moyenne du lobe cérébral postérieur de la grosseur d'une noisette, pas de décollement de la dure-mère et du crâne de ce côté. Le cerveau est enlevé; attrition du lobe droit du cervelet réduit en pulpe d'un brun-rougeâtre s'enlevant facilement sous un filet d'eau. Examen du cerveau, piqueté dans toute son étendue, plus prononcé à droite qu'à gauche; fracture siégeant à gauche, comprenant l'occipital et le pariétal surtout, à 1 centimètre environ de la surface trépanée, et venant aboutir au-dessous de la calotte, à la partie supérieure du foyer; fracture complète; aucune fracture du rocher même.

OBSERVATION.

Anévrisme vrai du cœur, congénital. — Par M. Rossen, interne des hôpitaux.

La nommée Bobenot, trente ans, d'une bonne santé habituelle, entre le mardi 4 juillet à l'hôpital Necker, salle Sainte-Adélaïde, 27, service de M. Monneret.

Cette malade nous raconte que depuis son enfance elle a éprouvé de temps en temps des palpitations passagères et de la dyspnée lorsqu'elle marchait un peu vite, ou lorsqu'elle se livrait à quelques travaux pénibles. Elle n'a jamais eu de toux.

Malgré l'interrogation la plus attentive, nous n'avons pu constater aucun autre trouble antécédent dans les fonctions respiratoires et circulatoires.

Dimanche dernier la malade s'est promenée, elle a vaqué à ses occupations habituelles, et dans la nuit de dimanche à lundi elle a été prise d'accès de dyspnée assez intense qui l'a engagée à entrer le mardi matin à l'hôpital.

Au moment de notre visite, la malade avait la face pâle, les muqueuses blanchâtres, l'œil un peu injecté, l'intelligence parfaitement nette.

L'auscultation de la poitrine permit de constater quelques rhonchus muqueux à la partie postérieure et inférieure des deux poumons. Les battements du cœur étaient incalculables, ainsi que ceux du pouls; les premiers étaient altérés dans leur intensité et leur rythme; c'était un tic-tac continu, à battements égaux, sourds. Il n'y avait plus ni petit silence, ni grand silence. Pouls à peine sensible.

Dans la journée de mardi, depuis midi jusqu'à dix heures du soir, moment de sa mort, la malade a été prise sept à huit fois d'accès *orthopnéiques* qui la forçaient à rester assise sur son lit; la face devenait congestionnée, bleuâtre, ainsi que les extrémités.

Température de la peau normale; sueurs visqueuses sur tout le corps.

Autopsie vingt-quatre heures après la mort.— Peu de liquide dans le péricarde. Adhérences anciennes à la base du cœur gauche seulement.

Le cœur, à l'extérieur, offre trois parties distinctes: le cœur droit, le cœur gauche et une tumeur appliquée contre le bord gauche de celui-ci ayant le volume d'une grosse pomme surajoutée aux précédentes. C'est cette tumeur qui est unie par des adhérences au feuillet pariétal du péricarde.

Cœur droit. Rien de particulier aux valvules sigmoïdes de l'artère pulmonaire, dont l'orifice est bien calibré, ni à la valvule auriculo-ventriculaire.

Cœur gauche. Hypertrophie moyenne; valvule mitrale saine, ainsi que la valvule sigmoïde de l'aorte.

Les piliers sont un peu fibreux, et l'endocarde un peu jaunâtre. Derrière l'insertion des tendons de la valvule mitrale sur les piliers charnus est un orifice elliptique, allongé de haut en bas, qui conduit dans trois cavités communiquant seulement entre elles par ce point.

L'orifice de communication a une intégrité parfaite et est formé par la membrane interne saine non épaissie.

La plus volumineuse des cavités est l'inférieure, qui est pleine de caillots fibrineux très anciennement organisés, dont les couches les plus extérieures sont décolorées et fortement adhérentes à la membrane interne qui tapisse cette cavité, et qui est constituée par un tissu d'un blanc grisâtre, et présentant l'aspect du cartilage.

La supérieure, à peu près de même dimension, offre la même texture et les mêmes caillots oblitérateurs.

La troisième, de la grosseur d'une noisette, est obturée par un caillot ancien.

Entre ces trois cavités n'existe aucune communication. Leurs parois sont constituées par la membrane interne épaissie; 2° par le tissu musculaire d'une épaisseur minime; 3° par le péricarde viscéral épaissi, blanchâtre, ayant contracté des adhérences avec le feuillet pariétal.

Le *foie* est dense, cassant. Les deux substances sont distinctes dans la plus grande partie de leur étendue. Dans quelques points le tissu rouge est fortement injecté et distinct par sa coloration brunâtre des parties environnantes.

Son volume est normal; sur son bord antérieur est un noyau apoplectique.

Vésicule distendue par la bile. Aucun calcul.

Rate un peu grosse.

Poumon inférieur engoué à sa base, sans trace d'apoplexie.

Injection assez générale de l'*intestin* grêle.

La cavité de l'*utérus* ouverte; développement de l'organe comme chez une femme accouchée depuis six semaines.

L'*arachnoïde* cérébrale est généralement injectée. La pulpe est saine.

OBSERVATION.

Phlébite des veines rénales. — Hypertrophie et décoloration des reins. — Phlébite des veines crurales. — Altération singulière de la rate. — Entérocolite pseudo-membraneuse. — Ostéite scrofuleuse des vertèbres. — Par M. Vidal, interne des hôpitaux.

Réglat (Eugène), âgé de douze ans, apprenti chapelier, entre à l'hôpital des Enfants malades le 13 juin 1854, dans le service de M. Blache.

Cet enfant nous dit être habituellement assez bien portant, quoique sujet depuis plusieurs mois à des douleurs dans la région dorsale, douleurs, cependant, qui ne l'ont jamais forcé à interrompre ses travaux.

Depuis trois mois, surtout, il a eu beaucoup à souffrir de la misère : logement humide et insalubre, alimentation mauvaise, presque exclusivement végétale et insuffisante. Soumis à des conditions hygiéniques si défavorables, il a senti ses forces décroître de jour en jour ; il est devenu languissant, sujet à des coliques et à de la diarrhée.

Il y a trois semaines, il a été pris d'une douleur violente dans l'abdomen, avec coliques, ballonnement du ventre et perte d'appétit ; cinq à six jours après, diarrhée jaunâtre (quatre ou cinq selles par jour), soif vive, affaiblissement rapide.

Depuis huit jours, il s'est aperçu que ses jambes enflaient ; cependant il put venir à pied à l'hôpital.

Le 13 juin, au moment de l'entrée, nous le trouvons dans l'état suivant :

Figure pâle, un peu bouffie ; paupière inférieure légèrement infiltrée ; amaigrissement très marqué ; les doigts extrêmement hippocratiques ; les membres inférieurs sont œdématisés ; la saillie des malléoles a disparu ; la colonne vertébrale, au niveau des premières vertèbres dorsales, est saillante en arrière ; le côté droit du thorax est plus saillant en arrière que le gauche ; il y a aplatissement antéro-postérieur de la poitrine ; le ventre est très développé, tympanisé, douloureux à la pression. Il y a diminution de résonnance et faiblesse du murmure respiratoire à la base des deux poumons. Au sommet droit en arrière, diminution de résonnance à la percussion, expiration prolongée, résonnance de la voix ; sous la clavicule, respiration faible. L'urine légèrement acide, incolore, limpide ; traitée par la chaleur et l'acide nitrique

laisse précipiter, une grande quantité d'albumine. Douleurs sourdes dans la région des reins; palpitations douloureuses.

Le malade nous affirme que ses urines ont toujours été claires, n'ont jamais renfermé de sang.

La diarrhée continue les jours suivants; elle est abondante, ne contient pas de sang; elle s'accompagne de coliques et d'épreintes; le ventre est ballonné, sonore dans toute son étendue.

Le 18 juin, le malade se plaint d'une douleur dans la cuisse gauche; le moindre mouvement lui arrache des plaintes; l'œdème a envahi la cuisse; la douleur siège sur le trajet de la veine crurale; la saphène interne forme un cordon résistant sous le doigt, indiqué par une teinte un peu plus foncée de la peau.

Le 19, douleur et œdème à droite. Moins de gonflement et moins de douleur que du côté gauche; pas de relief des veines. Le ventre est moins tympanisé, mais aussi douloureux que les premiers jours. La diarrhée, toujours très abondante, épuise le malade et résiste aux préparations opiacées qui sont administrées sous forme de juleps et de lavements.

Le 20, le malade est très affaibli, a toute sa connaissance; pas de trouble de la vue; figure très altérée; yeux excavés; diarrhée colliquative; pouls filiforme très fréquent.

Mort le 22, à huit heures du matin.

A l'autopsie (trente heures après la mort), nous constatons les lésions suivantes: engorgement à la base des deux poumons; le poumon droit présente en arrière et en haut de l'induration; des adhérences épaisses le fixent aux parois d'un vaste foyer purulent, siégeant au niveau des sept premières vertèbres dorsales, dont nous décrivons plus loin les altérations. Le cœur est petit, renferme des caillots; le ventricule est rempli par un gros caillot fibrineux et quelques petits caillots sanguins.

En ouvrant l'abdomen, nous ne trouvons pas de liquide; quelques petits dépôts plastiques récents font adhérer mollement quelques anses intestinales. La masse intestinale est hypérémisée, d'un rouge foncé. La muqueuse de l'intestin grêle, et surtout celle du gros intestin, est épaisse, injectée; sur toute la surface du gros intestin, surtout dans le rectum et l'S iliaque, il y a un abondant dépôt pseudo-membraneux, grisâtre, étendu comme une mince pellicule très friable.

La rate, d'un tiers environ plus volumineuse qu'à l'état normal, présente une singulière altération: elle est inclinée; en la dépouil-

lant ou en la cassant, elle présente des granulations de la grosseur d'une tête d'épingle. Ces granulations transparentes, contenant un liquide clair, donnent à la rate un aspect glandulaire qui rappelle celui de la glande thyroïde hypertrophiée. Une petite rate supplémentaire de la grosseur d'une noix, parfaitement isolée de la première, reliée à l'estomac par le péritoine et par des *vasa breviora*, présente la même altération. Ces granulations ont été examinées au microscope par M. Verneuil, qui a cru y reconnaître une hypertrophie des glomérules de Malpighi. Elles présentent une paroi épaisse parfaitement distincte, et contiennent du liquide.

Les reins, hypertrophiés, présentent de profondes scissures divisant les lobules. Ils sont décolorés, d'un blanc jaunâtre, marbrés de larges taches rouges, d'hypérémies plus étendues et plus abondantes aux deux extrémités (deuxième degré de la néphrite albumineuse de Rayer). A la coupe, on voit la substance corticale blanchâtre, semée d'un peu de rouge, plus épaisse qu'à l'état normal. La substance tubuleuse, d'un rouge foncé vers le mamelon, se décolore à la périphérie, et la teinte se confond graduellement avec celle de la substance corticale. Cette dernière est décolorée et hypertrophiée entre les pyramides de substance tubuleuse. Les calices et le bassinot sont injectés et un peu épaissis. Sur les deux reins, on voit *les divisions des veines rénales* remplies par des caillots fibrineux jaunâtres, adhérents. Sur une veine du rein gauche, la pression fait suinter quelques gouttelettes de pus. Les parois des veines sont enflammées, rouges, épaisses. On peut suivre cette *phlébite* à la périphérie, jusque dans la substance corticale. Dans le rein droit, elle s'arrête dans les premières divisions de la veine émulgente. A gauche, l'inflammation siège jusque dans le tronc principal; un gros caillot remplit et distend la veine rénale, qui est complètement obturée; le caillot cesse à quelques lignes de la veine cave.

La *veine cave* ne présente pas d'altérations.

La *veine crurale* droite contient quelques caillots non adhérents, s'arrêtant au niveau du ligament de Poupart; la veine est lisse, peu colorée. A gauche, nous trouvons des caillots concomitants et adhérents, mi-partie fibrineux, mi-partie sanguins, dans la veine iliaque externe, dans la crurale et dans la saphène interne.

Les *sept premières vertèbres dorsales* sont dénudées de leur périoste, baignées d'un pus mal lié, brunâtre. Les disques intervertébraux présentent des degrés plus ou moins avancés de

destruction, et la colonne vertébrale, affaissée en avant, présente une courbure à connexité postérieure. Les corps des vertèbres et les apophyses transverses sont érodés à leur surface. En ouvrant par un trait de scie, on trouve du pus entre les corps des vertèbres et la dure-mère rachidienne. Cette membrane est couverte de fausses membranes épaisses. La moelle est saine, ainsi que l'arachnoïde rachidienne. Quant aux corps des vertèbres, ils sont plus résistants qu'à l'état normal; il y a condensation de la substance osseuse.

Malgré nos recherches minutieuses, nous n'avons pas trouvé de tubercules sur le sujet de notre observation.

Extrait du rapport de M. L. Blin.

M. Rayer, dans son *Traité des maladies des reins*, consacre un chapitre à l'étude de la *Phlébite rénale* (tome III, page 591). « L'inflammation des veines rénales, dit-il, peut coïncider avec » une néphrite ou une autre altération des reins. D'autres fois, » elle est consécutive à une inflammation de la veine cave ou de » la veine ovarique. » M. Rayer rapporte plusieurs observations de phlébites rénales liées à l'une ou à l'autre de ces lésions.

Quand la phlébite coïncide avec une altération des reins, elle paraît être, dit M. Rayer, « le résultat de l'extension de l'inflammation de la substance corticale. » (Tome II, p. 268.)

M. Delaruelle a publié en 1846, dans les *Bulletins de la Société anatomique*, une observation fort analogue à celle de M. Vidal. Dans les deux cas, on a constaté, pendant la vie, l'albuminurie et l'anasarque; à l'autopsie on a trouvé une phlébite des veines émulgentes, avec caillots s'étendant depuis le tronc de chaque veine jusque dans les veinules les plus ténues de la substance du rein; de plus, les reins étaient hypertrophiés et décolorés, mais non granuleux. M. Delaruelle signale en outre l'état gras de cet organe. Je ne veux pas discuter ici la question de savoir si cette altération du rein est due à l'inflammation, ou si elle doit être nettement séparée de la néphrite, comme l'a prétendu Johnson; je renvoie à ce sujet à la note publiée l'année dernière dans nos bulletins par M. Leudet, qui conclut à l'origine inflammatoire de cette lésion.

Quoi qu'il en soit, le fait de M. Delaruelle et celui de M. Vidal sont deux observations intéressantes à ajouter à celles qui ont été rassemblées par M. Rayer; la phlébite, dans ces deux cas, peut être liée à l'altération rénale.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

XXIX^e ANNÉE.

Bulletin N^o 11. — Novembre 1854.

RÉDIGÉ

PAR LE DOCTEUR BAUCHET, SECRÉTAIRE.

SOMMAIRE.

Extrait des procès-verbaux des séances de la Société.

1. Anomalie musculaire. — 2. Tumeur blanche de l'articulation tibio-tarsienne. — 3. Cancer du rectum. — 4. Rétrécissement de l'urètre, calcul rénal, kyste hydatique du poumon. — 5. Testicule tuberculeux. — 6. Calcul du rein. — 7. Fracture du col du fémur. — 8. Testicule cancéreux. — 9. Tumeur fibreuse de l'utérus. — 10. Tumeur fibro-plastique. — 11. Polypes des fosses nasales. — 12. Anomalie des reins; fracture du radius. — 13. Anévrisme de l'aorte. — 14. Corps fibreux de l'utérus. — 15. Tumeur du corps thyroïde. — 16. Calcul biliaire; deux perforations spontanées des os du crâne. — 17. Doigt amputé (*spina ventosa*). — 18. Ganglion au poignet. — 19. Cancer du col de l'utérus. — 20. Exostose entre deux côtes. — 21. Testicule encéphaloïde, tumeurs cancéreuses, compression de l'urètre, etc.

OBSERVATIONS : Kyste hydatique de la rate, par M. Rombeau, interne des hôpitaux.

— Ozène syphilitique, oblitération du canal nasal, etc., par M. Barnier, interne des hôpitaux.

— Tumeur blanche tuberculeuse du genou, par M. Parisot, interne des hôpitaux.

— Lipome de la langue. — Luxation du pied, fracture de la malléole interne, par M. Bastien, interne des hôpitaux.

PRÉSIDENCE DE M. CRUVEILHIER.

1. M. Fano montre une anomalie musculaire au devant du sternum. Ce sont deux petits faisceaux musculaires, étendus entre le grand oblique et l'insertion sternale du sterno-mastoïdien, deux petits muscles plats (le droit est un peu plus développé

que le gauche), charnus à leur partie moyenne, aponévrotiques à leurs deux extrémités.

M. Verneuil a vu une fois cette anomalie sur un sujet très vigoureux. Ces deux muscles se continuaient aussi, à la partie supérieure, avec les sterno-mastoïdiens, mais ils s'entrecroisaient en *x*, de façon que le gauche allait se continuer avec le muscle sterno-cléido-mastoïdien droit, etc.

M. Denucé a vu deux fois cette disposition. Une fois, *M. Deville* la lui a montrée à Clamart; une autre fois, il a pu la présenter à la Société, il y a deux ans.

M. Foucher fait remarquer que cette anomalie est le vestige de ce que l'on rencontre chez certains animaux, le singe, le cheval. Chez eux, ce muscle a nom : *sternalis brutorum*.

M. Cruveilhier a vu une fois cette anomalie ; mais elle se rapprochait plutôt de la disposition indiquée par *M. Verneuil*. Il y avait aussi entrecroisement singulier. Ainsi, l'extrémité supérieure d'un de ces petits muscles se trifurquait : une languette s'unissait au grand pectoral ; une autre au sterno-mastoïdien du côté opposé ; la troisième au sterno-mastoïdien du même côté. Il a vu cette anomalie sur le cadavre d'un malheureux qui avait succombé à cette terrible maladie connue sous le nom d'*atrophie musculaire progressive*. Chose remarquable ! ce petit faisceau n'était pas atteint par l'altération.

2. *M. Verneuil* donne la description d'une pièce pathologique que lui a remise *M. Bidard*, et qu'il met sous nos yeux. C'est une tumeur blanche de l'articulation tibio-tarsienne qui a nécessité une amputation.

Le malade avait d'abord eu une entorse, l'articulation était restée gonflée, mollassée ; bientôt les masses fongueuses amenèrent des ulcérations, des perforations de la peau. Après de longues souffrances, une suppuration longtemps prolongée, l'amputation fut pratiquée.

L'altération est située un peu au-dessus et en arrière de l'articulation. Elle s'étend depuis la malléole interne jusqu'au tendon d'Achille qu'elle dépasse. Elle consiste en une masse fongueuse, épaisse, commençant à trois ou quatre travers de doigt au-dessus de la malléole, dans le point où commence la coulisse fibro-synoviale des muscles de la couche profonde de la face postérieure de la jambe. Elle passe avec eux derrière l'articu-

lation, et s'arrête où finit la gaine synoviale de leurs tendons.

Ces fongosités, on les trouve dans la gaine du jambier postérieur, dans la gaine du long fléchisseur commun des orteils. Le tendon du long fléchisseur propre a sa gaine assez saine. Quand on décolle ces tendons, et qu'on les rejette en arrière, on écarte aussi la masse fongueuse. Les tendons eux-mêmes sont sains; il n'y a que leur gaine qui soit malade.

Ce dépôt fongueux a fait des progrès entre le tendon d'Achille et la couche profonde; il a même fait le tour du tendon, puis-qu'on le retrouve en dehors de lui; mais la bourse séreuse rétro-calcanéenne est saine.

La partie postérieure de l'articulation est assez saine.

Les cartilages sont sains. On trouve seulement quelques fongosités sur la synoviale. Le périoste se détache avec assez de facilité. Même altération de l'articulation calcanéo-astragalienne.

Ces altérations n'ont pas débuté primitivement; elles sont consécutives à l'altération des gaines tendineuses.

Le tissu de cette masse morbide est assez dur, granuleux. C'est du tissu fibro-plastique.

Ces productions fibro-plastiques, autogènes, ne sont pas sans gravité. Elles résistent à tout traitement.

M. Bidard a vu un cas qui a été suivi de quatre récurrences, à la suite de quatre opérations successives. La tumeur siégeait dans la gaine du fléchisseur propre du pouce. Il a fallu à la dernière tentative, pour détruire cette production, enlever le métacarpien; et l'opération date de trop peu de temps encore, pour qu'on puisse regarder le malade comme radicalement guéri. (Hôpital Saint-Louis, service de *M. Denonvilliers*.)

M. Lorain a observé trois fois des altérations analogues sur la gaine des tendons de la main. Sur les trois malades, il y avait deux jeunes filles. Trois fois le doigt fut amputé, et trois fois les os n'étaient pas malades, mais la coulisse synoviale était seule le siège de l'affection.

M. Rombeau a présenté l'an dernier un fait semblable, observé sur le doigt médius. Les tendons fléchisseurs n'étaient pas malades; mais leur gaine était fongueuse.

M. Bidard a vu l'an dernier, dans le service de *M. Denonvilliers* (hôpital Saint-Louis) un malade qui était entré pour un

kyste synovial du ponce et du poignet. Ce malade fut pris de variole et mourut. A l'autopsie, on trouva le synoviale remplie de bourgeons fongueux, semblables à ceux que nous voyons.

M. Verneuil insiste sur les tumeurs *fibro-plastiques*.

Il serait facile, en parcourant, en lisant les travaux publiés sur les maladies des gaines tendineuses, de voir des observations où il existait de ces productions fongueuses ; il serait facile de voir que, quand une inflammation chronique s'empare de ces bourses séreuses, à la place du liquide, il se forme de véritables fongosités, de petites tumeurs, que l'on sait maintenant être fibro-plastiques ; petites tumeurs fort rebelles, et qui ont souvent nécessité une amputation. Pour ne pas remonter trop haut, et ne pas trop torturer le sens d'observations anciennes, *M. Verneuil* rappelle deux faits de date assez récente.

L'un a pu être étudié dans les salles de *M. Roux* (Hôtel-Dieu). *M. Gosselin* faisait alors le service de *M. Roux*.

Le malade, qui offrait la lésion sur laquelle insiste *M. Verneuil*, était un vieillard. La tumeur avait son siège au niveau de l'articulation métatarso-phalangienne du gros orteil. Elle avait le volume d'une grosse noix ; elle était dure et semblait faire saillie à travers une boutonnière de la peau. Elle était comme étranglée, pédiculée comme un champignon, et datait de quatorze ans. Au lieu de cette tumeur, il existait d'abord une espèce d'oignon, de durillon, dû à une saillie de la tête du premier métatarsien et de la première phalange. Le frottement de la chaussure avait déterminé la formation d'une bourse séreuse sous-cutanée ; cette bourse séreuse s'était enflammée et avait été le point de départ d'un abcès qui s'était ouvert dans ce point. L'ouverture de ce foyer était restée fistuleuse, des fongosités s'étaient développées et avaient bourgeonné dans cette cavité séreuse ; par le trajet fistuleux s'était échappé un des bourgeons fongueux. Ce bourgeon, étranglé au niveau de la peau, excisé plusieurs fois, cautérisé plusieurs fois, avait continué à s'accroître à l'extérieur, au point de donner lieu à la formation de la tumeur dont il a été parlé plus haut. La tumeur avait pris un mauvais aspect ; elle était saignante dans quelques points, molle dans des endroits, plus dure dans d'autres. Le malade ne pouvait plus supporter de chaussure.

La tumeur fut emportée à l'aide du bistouri. Elle était consti-

tuée de tissu fibreux dans les points plus durs, de tissu *fibro-plastique* dans les points plus ou moins saignants.

Le second fait est tiré du service de *M. Denonvilliers*.

Le malade était entré d'abord dans le service de *M. Laugier* pour un *hygroma de la bourse muqueuse antérotulienne, avec épaissement assez considérable des parois*. La tumeur était volumineuse, et *M. Laugier* l'extirpa complètement. Quelques mois après, une récédive eut lieu sous la peau et sous la cicatrice; et il se développa une tumeur à marche lente, mais qui grossit graduellement. Elle finit par acquérir 15 centimètres de diamètre; elle couvrait toute la rotule, et formait comme un gâteau au-devant d'elle. Elle n'était pas fluctuante; elle était assez mobile sur les parties profondes; assez mobile sous la peau, excepté au niveau de la cicatrice résultant de la première opération.

L'opération fut longue, pénible: *M. Denonvilliers*, chez qui le malade était entré, disséqua, dénuda presque la moitié de l'articulation, ou mieux, de la capsule articulaire du genou, ainsi que la rotule.

La tumeur avait la forme d'un gâteau, grossièrement lobulée, avec des kystes lacuneux (de ces kystes sur lesquels a insisté *M. Verneuil*) (1) dans plusieurs points, quelques foyers hémorrhagiques dans la masse des tissus. Toute la tumeur était formée d'*éléments fibro-plastiques*, cohérents dans les points les plus durs de la tumeur, mêlés de matière colloïde, et de matière amorphe dans les points plus mous.

Ce malade est mort du choléra en 1849, au moment où il était presque complètement guéri de son opération.

La santé de ce malade avait toujours été bonne; on ne trouva rien dans les ganglions.

Voilà un exemple de tumeur fibro-plastique, ayant eu une origine inflammatoire, et qui s'est comportée à la manière des tumeurs fibro-plastiques qui se développent au centre des membres. C'est un intermédiaire entre les tumeurs fibro-plastiques autogènes et les fongosités.

M. Houël cite plusieurs cas de guérison de *fongosités articulaires* bien constatées. Parmi ces faits, les uns ont été observés

(1) Thèse de *M. Massot*. Paris, 1853.

par lui dans les hôpitaux, surtout dans le service de M. Velpeau, les autres lui sont personnels.

M. Verneuil ne prétend pas que les fongosités articulaires ne peuvent pas rétrograder, ne peuvent pas guérir par résolution. Il y a même des tumeurs fibro-plastiques autogènes qui peuvent rétrograder.

Dans les faits de M. Houël, on n'a pas enlevé ces fongosités. Une opération a été pratiquée dans les cas décrits par M. Verneuil, il les a signalés comme pouvant servir d'intermédiaire entre les tumeurs fibro-plastiques proprement dites et les fongosités articulaires.

3. M. Tassel montre un exemple de *cancer du rectum*, ayant déterminé une *perforation* de l'intestin, une ouverture dans le péritoine, une *péritonite* purulente et la mort.

La femme qui portait cette terrible affection ne présentait rien du côté de l'utérus.

L'altération siégeait à environ 1 pouce et $1/2$ à 2 pouces de l'anus ; la perforation au niveau du repli du péritoine recto-vaginal.

L'examen de la pièce a été fait par M. Maillard qui a trouvé des noyaux et des cellules bien caractérisés.

M. Fano cite plusieurs opérations pratiquées par M. Denonvilliers, pour des tumeurs siégeant dans la même région. Dans chacun de ces cas, l'examen microscopique a montré que les tumeurs étaient des *hypertrophies papillaires*. Les travaux modernes s'accordent pour admettre que ce genre de lésions est de beaucoup le plus fréquent dans les tumeurs dites cancer du rectum, et décrites comme telles par la plupart des auteurs.

4. M. Liégeois présente un *rétrécissement de l'urètre*, siégeant au niveau de la portion membraneuse.

Le malade, pendant la vie, avait fourni les signes de cette maladie, mais aucun symptôme n'avait pu faire soupçonner une maladie du côté des reins.

A l'autopsie, on trouva : un *calcul* dans le rein gauche, qui était réduit à une coque, à une poche, à parois épaisses, il est vrai, avec une série de petites loges, rappelant par leur forme les pyramides du rein, communiquant entre elles, et remplies d'un liquide séro-purulent. Le rein droit était sain. Il y avait un *kyste hydatique* dans le poumon. M. Liégeois ne peut pas dire d'une

manière absolue, si ce kyste hydatique présentait une paroi, une poche propre, ou s'il était logé dans le tissu même du poumon. Il croit, cependant, qu'il y avait du kyste.

M. Houël regrette que ce fait soit imparfait ; il est disposé à admettre, pour son compte, que les hydatides du poumon ont un kyste propre, fort mince, il est vrai, mais ne sont pas enfermées par le tissu pulmonaire lui-même (1).

5. M. Godard montre un *testicule tuberculeux*.

On trouve, dans les portions canaliculaires, des tubercules miliaires, bien disséminés, et assez régulièrement arrondis ; du côté de l'épididyme et du corps d'Higmore, le tubercule est plus abondant. L'épididyme même semble remplacé par une cavité remplie de pus, cavité qui s'ouvrait à l'extérieur au moyen de plusieurs fistules.

M. Verneuil a déjà apporté à la Société des exemples de ces dépôts miliaires du tubercule dans les canalicules séminifères. Il ne doute pas, pour lui, que ce ne soit un nouvel exemple d'une pareille altération. Il a vu un cas semblable, et bien frappant, sur un testicule enlevé à Lyon. Le dépôt tuberculeux dessinait exactement la forme et la disposition des conduits séminifères. Si dans ce cas, on incisait les petites collations, et si on les pressait, on faisait sortir le tubercule sous forme d'un ver. Nouvelle preuve de production tuberculeuse au centre même des canaux, des vésicules, des cavités.

6. M. Pibret présente, au nom de M. Landry, un exemple d'*atrophie du rein*, suite d'un calcul retenu dans le *bassin*, recueilli chez une femme déjà âgée, et qui offrait une teinte cachectique très prononcée. Le rein malade était le *rein droit*.

La substance propre du rein a presque complètement disparu, mais il reste à sa place une poche purulente assez large, avec des loges comme rayonnées. Cette poche semblait se continuer avec le foie, de façon que pendant la vie, on ne savait pas trop si cette tumeur appartenait au rein ou au foie.

Ce diagnostic est quelquefois assez difficile, ainsi que le fait remarquer M. Cruveilhier.

7. M. Parmentier présente une *fracture du col du fémur droit*, avec éclatement du grand trochanter dans le sens vertical.

(1) Voir plus loin le rapport de M. Houël sur ce sujet.

Le malade était un vieillard de soixante-dix ans, à qui cet accident était arrivé à la suite d'une chute. Il mourut un mois après. Il avait offert, pendant sa vie, tous les signes de la fracture du col fémoral : impuissance du membre, effacement du pli de l'aîne, raccourcissement, rotation du pied en dehors, etc.

A l'autopsie, et sur la pièce qui est apportée à la Société, on ne trouve nulle trace de travail de consolidation ; mais les surfaces fracturées sont comme éburnées par suite du frottement des fragments.

8. *M. Parmentier* montre aussi un *testicule cancéreux* enlevé sur un sujet qui a présenté un *double sarcocèle*. Le premier (le testicule droit) a été opéré, il y a quatre ans. Le second (le testicule gauche), il y a quelques jours. Le malade a succombé peu de temps après l'opération à une variole et à une pleuro-pneumonie. *Le canal déférent* du côté droit est resté perméable.

L'examen microscopique fait par MM. Robin et Verneuil a prouvé que c'était bien un testicule cancéreux.

9. *M. Boscredon* présente une *tumeur fibreuse de l'utérus*, qu'il a recueillie à l'Hôtel-Dieu, service de *M. Piedagnel*.

La tumeur, grosse comme une pomme, est implantée sur la lèvre antérieure du col. Cette lèvre est confondue avec elle ; mais en examinant avec soin, on ne tarde pas à reconnaître que ce corps fibreux tient aussi à la face antérieure du corps de l'utérus.

M. Robin a fait l'examen microscopique de cette pièce, et il a vu qu'elle avait la structure des *corps fibreux de l'utérus*.

La tumeur a suppuré à son centre, où il existe une cavité anfractueuse remplie de pus et de détritüs. Sur sa face antérieure, on voit un point un peu déprimé, et à ce niveau, quelques orifices communiquant avec le centre de la tumeur, et donnant issue à du pus sanieux. On a retrouvé aussi, en cet endroit, un morceau de linge, qui avait probablement été porté en vue d'arrêter l'écoulement ichoreux.

Cette malade est entrée à l'hôpital dans un état de débilité très avancée, et voici ce qu'elle racontait sur sa maladie.

Elle était âgée de trente-six ans ; depuis cinq ans elle n'était plus réglée, mais elle a été sujette à des hémorrhagies répétées. La dernière, plus abondante que les autres, l'a forcée d'entrer à l'hôpital. Des lavements froids, l'extrait de ratanhia, arrêterent

l'hémorrhagie. Mais la malade était anémique, très faible; elle fut prise d'une diarrhée abondante et succomba.

On avait bien reconnu, pendant la vie, par le toucher vaginal, la présence de cette tumeur, mais il n'y avait pas, dans l'état où était la malade, à songer à une opération.

M. Foucher a présenté, il y a deux ans, une semblable tumeur, altérée aussi à son centre. Il existait sur elle un orifice, par lequel le doigt pénétrait dans la cavité centrale, de façon que tout d'abord on pensait que le doigt entraînait dans la cavité utérine. Il est important, pour des cas de ce genre, d'être en garde contre de telles causes d'erreurs; sans cela, on serait porté à regarder comme incurable une affection dans laquelle l'art peut et doit intervenir.

M. Foucher ajoute qu'on trouvait au centre de la pièce qu'il a observée des concrétions calcaires qu'on ne voit pas sur la tumeur que *M. Boscredon* met sous nos yeux.

M. Dolbeau cite un fait qui vient appuyer la remarque de *M. Foucher*. Il a vu, dans le service de *M. Nélaton*, un corps fibreux de l'utérus, altéré aussi à son centre, et dans lequel le doigt pouvait pénétrer. Ce n'est qu'après un examen bien attentif, qu'on parvint à s'apercevoir que ce n'était pas l'utérus lui-même qui était malade, que le doigt ne pénétrait pas dans sa cavité, mais bien dans une tumeur, appendue à cet organe. Le diagnostic ainsi posé, la tumeur fut enlevée; et la malade guérit.

M. Cruveilhier se rappelle avoir observé dans son service une tumeur offrant les mêmes particularités.

M. Depaul fait remarquer que, dans le fait de *M. Boscredon*, il n'y avait pas de renversement de l'utérus, mais que cet organe avait conservé sa direction normale. Il a fait, il y a trois ans, l'autopsie d'une femme, chez laquelle un chirurgien bien connu avait enlevé un corps fibreux, qui semblait libre et flottant comme celui-ci. Mais, dans ce fait, la tumeur avait attiré et renversé l'utérus, et, dans l'opération, le chirurgien emporta le fond de cet organe.

Il n'est pas rare que les femmes deviennent enceintes, alors qu'elles ont de semblables tumeurs, et, dans quelques cas, le volume du corps fibreux peut apporter de grands obstacles pour l'accouchement. Peut-être que ces tumeurs, peu développées à

l'époque de la fécondation, ont rapidement grossi pendant la gestation.

M. Depaul ajoute que, quand des tumeurs semblables se développent primitivement au centre de l'utérus, et proéminent dans la cavité de cet organe, il arrive souvent qu'elles donnent lieu à des douleurs semblables aux douleurs de l'enfantement, si elles se présentent à l'orifice du col et s'y engagent ; que ces douleurs cessent, quand elles sont sorties et devenues libres dans le vagin.

10. *M. Verneuil* fait une communication sur une *tumeur fibro-plastique* observée dans le service de *M. Maisonneuve*.

Le malade était entré, dans les salles de l'hôpital de la Pitié, pour une tumeur peu volumineuse, indolente, située dans les parties profondes de la région postérieure et latérale du cou.

M. Maisonneuve fit une ponction avec un petit trocart. On examina une parcelle du tissu de la tumeur, qui était adhérente à la petite canule du trocart. On trouva des noyaux fibro-plastiques. La tumeur fut enlevée ; on l'examina de nouveau, et on vit qu'elle était constituée uniquement par des noyaux fibro-plastiques. Elle offrait une teinte rougeâtre ; elle ne laissait pas suinter de suc.

11. *M. Fano* montre une pièce sur laquelle on peut étudier le développement des *polypes des fosses nasales*.

Du côté gauche, sur la partie antérieure du cornet moyen, une petite tumeur, piriforme, pédiculée ; c'est un petit kyste, contenant dans sa cavité un mucus épais. Les parois de cette cavité se continuent avec la muqueuse des fosses nasales.

Plus bas, au niveau du méat moyen, une autre production polypiforme, plus épaisse, plus consistante, plus solide, et qui paraît constituée par une portion plus épaisse de la muqueuse.

Du côté droit, deux petites végétations analogues à la seconde, décrite du côté gauche. Rien dans le sinus maxillaire de l'un et de l'autre côté.

M. Verneuil fait remarquer qu'il y a là l'origine des polypes muqueux et fibreux des fosses nasales ; les premiers formés par la partie superficielle de la muqueuse, les seconds constitués par une portion plus épaisse de cette membrane.

12. *M. Foucher* met sous nos yeux deux pièces pathologiques :

1° Une *anomalie des reins*. *A priori*, on croirait avoir affaire

à un rein unique. Il se présente sous la forme d'un croissant, la convexité tournée en haut, à cheval sur la colonne vertébrale, qu'il dépasse, de chaque côté, de trois à quatre travers de doigt. Mais on ne tarde pas à s'apercevoir que ce sont deux reins, qui se sont soudés sur la ligne médiane et par leur extrémité supérieure. Il y a, en effet, deux uretères, deux artères rénales, deux hiles.

Sur la partie gauche, on trouve un kyste assez considérable, gros, au moins, comme une noix, placé sur le bord convexe du rein, et contenant, dans son intérieur, un liquide épais, visqueux, semblable à de la gelée de pomme rougeâtre, ou à de la boue splénique.

2° Une fracture compliquée de l'extrémité inférieure du radius. On trouve dans les gâines tendineuses et dans l'articulation des fusées purulentes. Le tissu médullaire de l'os présente de ces espèces d'écchymoses, signalées dans l'ostéo-myélite, et contenant des globules sanguins et un peu de graisse.

13. M. Tassel montre un exemple d'anévrysme de l'aorte ascendante.

On voit, dans l'aorte descendante, des plaques athéromateuses nombreuses, et un caillot qui s'étend en haut jusqu'auprès de la naissance de la crosse de l'aorte.

L'anévrysme faisait saillie dans la plèvre du médiastin antérieur. Le poumon recouvre la face postérieure de cette poche et y est adhérent.

En soulevant cette poche, on voit qu'elle se continue avec l'aorte au moyen d'un collet. Ce collet est situé au-dessous de l'origine du tronc brachio-céphalique. En ouvrant cette poche, on trouve que ses parois sont constituées par une membrane assez épaisse. Sa cavité est remplie par un gros caillot, à couches irrégulièrement stratifiées, inégales, offrant moins de densité et une couleur plus rougeâtre, à mesure qu'on s'approche vers son centre.

Cette poche, qui est comme appendue à l'aorte, s'ouvre dans celle-ci par une ouverture circulaire laissant passer le doigt.

Le malade a ressenti les premières atteintes de son mal vers le 15 août, époque à laquelle il a senti des battements du côté droit de la ligne médiane. Il est mort à la fin de novembre de dyspnée, de pleurésie du côté droit.

M. Cruveilhier dit que c'est un cas d'*anévrisme latéral*, dans lequel il n'y a plus que la membrane externe, fortifiée par toutes les couches qu'elle a pu s'approprier : tissu cellulaire entourant le sac, caillots fibrineux, etc. La membrane moyenne et la membrane interne n'entrent pas dans la poche anévrysmatique.

14. *M. Fénerly* présente un *corps fibreux de l'utérus*.

Cette pièce provient du service de *M. Nélaton*. La malade a été opérée d'un cancer de l'œil et de l'orbite : elle a succombé à une méningite. Des fongosités cancéreuses s'étendaient dans le crâne et les sinus.

On observe, du côté de l'utérus, au niveau du col, un petit *polype muqueux*, à peine du volume d'un petit raisin desséché. Ce polype est dû à l'hypertrophie d'une des franges de la muqueuse du col.

Dans le corps de l'organe, on trouve un corps fibreux, gros comme une noisette, ayant une coque dure, et contenant, dans son intérieur, une matière un peu jaunâtre.

M. Verneuil fait remarquer le volume considérable du corps de l'utérus, qui a au moins triplé d'étendue, et dont les dimensions ne sont nullement en proportion avec celles du corps fibreux. Il insiste aussi, sur des lacunes, des vestiges de véritables bourses séreuses, que l'on voit tout autour du corps fibreux. Il a bien souvent appelé l'attention sur les bourses séreuses accidentelles ; elles portent, selon lui, l'explication de ces kystes qui sont comme perdus dans un utérus, semé de corps fibreux, ainsi qu'on en a souvent rencontré.

15. *M. Fano* nous fait voir une *petite tumeur* provenant du *corps thyroïde*. Elle était comme enkystée, et placée à la partie inférieure et latérale gauche de cet organe ; elle avait le volume d'une noisette, d'un aspect grisâtre, d'une consistance ostéo-cartilagineuse à la coupe ; elle offre une foule de petites vacuoles remplies d'un liquide un peu épais, et rappelle assez bien l'intérieur d'une pomme de grenade.

M. Cruveilhier a quelquefois vu un lobe tout entier du corps thyroïde remplacé par un corps semblable, pour la forme et la structure, à celui que présente *M. Fano*.

16. *M. Dolbeau* montre deux pièces :

1° Un calcul biliaire engagé dans le canal cystique, enchaîné

dans les parois de ce canal. Il existait aussi quelques petits calculs dans le canal cholédoque.

Le malade, qui a pu être suivi, pendant plus d'un an, par un médecin de la ville, n'a *jamais eu d'ictère*, jamais de colique hépatique. Il est mort de pleurésie. Le liquide contenu dans la vésicule biliaire était purulent.

2° Il a trouvé sur un cadavre, apporté à l'École pratique, *deux dépressions, deux perforations des os du crâne*. Elles sont placées de chaque côté de la ligne médiane, de chaque côté de la suture sagittale, sur l'un et l'autre pariétal, un peu vers leur partie postérieure. Ces deux perforations ont la même forme, la même régularité, la même étendue. La dure-mère adhère à leur pourtour, et quand on la décolle, on voit que ces perforations sont moins larges vers la table interne que vers la table externe. Il n'existait aucune trace de cicatrice, de lésion du côté des téguments. La pièce provenait d'un vieillard pouvant avoir une cinquantaine années.

M. Denucé a mis sous nos yeux, il y a quelques années, une dépression des os du crâne, mais qui n'occupait pas toute leur épaisseur, et qui était due à la présence d'une tumeur sébacée située sous les muscles.

M. Cruveilhier, considérant la forme, la régularité, la symétrie parfaite de ces deux perforations, l'absence de lésion du côté du cuir chevelu, l'âge du sujet, est convaincu que cette altération est due à l'atrophie, à la résorption du tissu osseux. Dans certains cas (comme cela a lieu ici), la perte de substance peut occuper toute l'épaisseur d'un os.

17. *M. Verneuil* présente un *doigt* amputé, à l'hôpital Cochin, par *M. Gosselin*. C'est cette altération qu'on peut appeler *gonflement fusiforme des doigts*.

La jeune fille, sur laquelle a été pratiquée cette opération, offre un type frappant de tempérament scrofuleux : cicatrices, engorgement des ganglions sous-maxillaires, etc. Déjà un autre doigt, de la même main, a été enlevé pour une semblable altération.

Il existait sur ce doigt des trajets fistuleux, par lesquels le stylet pénétrait dans la substance osseuse ; le doigt était tuméfié, l'amputation était bien indiquée.

Voici ce que l'on constate sur la pièce pathologique :

L'articulation métacarpo-phalangienne est saine ; seulement la

synoviale est un peu fongueuse tout autour du cartilage d'incrustation.

L'articulation phalango-phalanginienne est saine aussi ; et, cependant, *à priori*, on l'eût crue très malade. A une première coupe, on voyait, comme sortir de cette articulation, deux bourgeons fongueux, mollasses. Ces bourgeons appartenaient en partie à la synoviale, mais surtout aux tissus périarticulaires, et se continuaient manifestement avec d'autres bourgeons dont il va être parlé.

Le gonflement est dû à un paquet de matière fongueuse, gélatiniforme, située sous les tendons fléchisseurs et extenseurs, et enveloppant presque complètement la phalange.

On trouve, au lieu de cette phalange, un petit séquestre, assez mobile, mais comme enchâssé au milieu d'une production nouvelle. Cette production provient de végétations périostiques abondantes, qui se continuent tout autour avec les fongosités. Au centre même de l'ancien os, dont il reste quelques traces, outre le séquestre, on voit aussi quelques fongosités se reliant avec les fongosités extérieures.

Qu'était cette matière ? MM. Robin et Kolliker ont décrit dans la moelle des cellules particulières (myéloblastes) et des plaques à noyaux multiples. Beaucoup de tumeurs, dites cancéreuses autrefois, sont uniquement formées par une accumulation de ces cellules médullaires, ainsi que M. Robin l'a bien et surabondamment prouvé. Ici, c'était aussi de la matière amorphe, quelques vaisseaux et surtout des cellules médullaires.

Une semblable lésion était autrefois décrite sous le nom de *spina ventosa*. Ici l'altération semble avoir eu pour point de départ le centre de la cavité médullaire ; l'ancien os se sera en partie résorbé, en partie détruit, le périoste aura végété pour ainsi dire. En considérant donc, abstraction faite des fongosités, l'épaisseur de l'os, il ne serait pas irrationnel de conserver le nom de *spina ventosa*.

18. M. Cruveilhier montre une petite tumeur (*ganglion*), située à la face dorsale du *poignet*, et qu'il a recueillie sur un malade mort de phthisie pulmonaire.

Cette tumeur, du volume d'un gros pois, est placée sous les tendons extenseurs qui glissent aisément sur elle. Les deux tendons radiaux passent au-dessous d'elle. Au-dessous de ces ten-

dons eux-mêmes, entre eux et les tendons des abducteurs et extenseurs du pouce et de l'indicateur, la tumeur offre une seconde bosselure, aussi grosse que la première, transparente comme elle, à parois fibreuses comme la précédente, de sorte que les deux tumeurs sont séparées par les tendons radiaux et reliées par une gorge assez étroite.

Cette seconde tumeur va s'implanter à la face postérieure de l'articulation des os du corps, et le pédicule va jusqu'à la fossette du scaphoïde, où *M. Gosselin* a décrit des follicules synovipares.

S'il pouvait rester quelques doutes à *M. Cruveilhier* sur l'étiologie de ces ganglions, s'il n'avait pas encore admis sans restriction l'opinion de *M. Gosselin*, toute incertitude a cessé, pour lui, en étudiant cette pièce, et surtout quand il a vu à côté de cette tumeur, qui vient d'être décrite, une autre petite tumeur analogue à la précédente, grosse comme une tête d'épingle peut-être, et qui était bien un follicule synovipare oblitéré. C'était le premier degré de ces ganglions du poignet.

M. Foucher insiste sur l'étiologie de ces tumeurs. Il ajoute que, dans le creux poplité, il peut s'accumuler de la synovie entre le jumeau interne et le demi-membraneux; que c'est là aussi une cause de ce genre de tumeurs, longtemps confondues, longtemps décrites sous le nom de hernie de la synoviale, etc., etc.

Il résulte de cette étiologie diverses indications thérapeutiques. Ainsi, *M. Cruveilhier* fait remarquer, combien eût été dangereuse, dans ce cas, une opération qui eût consisté à extirper le ganglion, etc., etc.

Les ganglions sont rares en avant du poignet. *M. Fano* en a observé un exemple au niveau de l'insertion du grand palmaire.

M. Verneuil en a aussi vu quelques-uns.

19. *M. Leplat* montre un cancer du col de l'utérus, et qui n'a envahi que le col de cet organe.

La particularité remarquable sur cette pièce, c'est que les trompes, fortement dilatées, sont repliées et adhérentes sur la face postérieure de l'utérus.

20. *M. Verneuil* présente une tumeur osseuse, une *exostose* située au devant des côtes. Elle est formée de deux saillies osseuses, attenantes à deux côtes voisines. Ces saillies sont dirigées à la rencontre l'une de l'autre, reliant entre elles les deux premières

côtes, et se rencontrent, en constituant une espèce d'amphiarthrose, d'articulation peu mobile. Cette tumeur faisait un relief de la grosseur d'une petite noix, et on la sentait à travers les parties molles qui n'offraient aucune altération. C'est la première fois que *M. Verneuil* a l'occasion d'observer une semblable exostose sur les côtes.

M. Broca fait remarquer la disposition de cette exostose. Il n'est pas rare de voir ces altérations ainsi constituées par deux os voisins. Il a vu cinq ou six cas de ce genre à la main ou au pied, entre les diverses pièces du métacarpe ou du métatarsus.

M. Foucher a observé une semblable lésion entre le tibia et le péroné.

M. Bauchet a vu cette forme de l'exostose entre les vertèbres, et il rappelle une pièce présentée dans le courant de l'année par *M. Boullard*, sur laquelle existait cette disposition.

21. *M. Bonfils* montre plusieurs pièces qu'il a recueillies sur un homme de quarante-huit ans, mort à l'Hôtel-Dieu, dans le service de *M. Laugier*.

1° *Un testicule encéphaloïde*; 2° le *cordon* est altéré dans une assez grande étendue; 3° le *foie* est énorme et farci de *cancer*. Parmi les masses qu'il contient, il en est qui sont plus grosses que le poing. C'est aussi et partout du tissu encéphaloïde. 4° Plus bas, et dans les *ganglions mésentériques*, dans la *région lombéo-aortique*, et dans la *région rénale* du côté droit, une masse considérable, plus grosse que la tête d'un adulte, qui offre le type du *fungus hématode*. C'est aussi de l'encéphaloïde. En haut et un peu en arrière de cette masse, on voit une bosselure plus régulière, plus dure. En l'incisant, on reconnaît que c'est le *rein*. Toute sa cavité est remplie de pus, d'un pus bien lié, de bonne nature. Le calice, les bassinets, qui renferment ce pus, sont fort dilatés; on voit encore à la périphérie des restes de substance corticale, bien reconnaissable. On ne peut suivre que difficilement l'*uretère* au milieu de cette masse, dans laquelle il est emprisonné. Cependant, on parvient à trouver que l'*uretère* est comprimé en tous sens, mais est resté perméable, et qu'on peut, en poussant avec une certaine force, y faire pénétrer une sonde de gomme, ou mieux un gros stylet. Cette tumeur cancéreuse était, du reste, collée contre la fosse iliaque, le muscle *psaos iliaque*, et assez difficile à détacher.

Jamais on n'a vu de pus dans les urines.

La rate est saine. Le rein du côté opposé a son volume et sa structure normale.

OBSERVATION.

Kyste hydatique de la rate. — Jamais d'accidents fébriles intermittents. — 4^{er} septembre, ponction du kyste. — Mort subite. — Par M. Rombeau, interne des hôpitaux.

Avant d'exposer les rapports, la disposition même de ces pièces pathologiques provenant d'une femme morte dans le service de M. le professeur Velpeau à l'hôpital de la Charité, voici un résumé de l'observation de cette malade.

Cette femme est brune; elle jouit ordinairement d'une bonne santé. Réglée à douze ans, elle l'a toujours été assez régulièrement jusqu'à il y a dix-huit mois. Depuis lors, les époques menstruelles ont moins de durée.

Il n'y a rien à noter dans les antécédents de la famille de cette femme.

Il y a environ un an et demi que, sans causes connues, elle éprouve tout à coup une douleur aiguë dans le côté gauche de la poitrine, au-dessous et en dehors du sein, accompagnée de dyspnée. La malade examine le côté, siège du mal, et voit une tuméfaction notable. (Une application de sangsues est faite; emplâtre de Vigo.)

A partir de ce moment, la dyspnée augmente; elle s'accroît encore au moindre effort. La malade accuse des palpitations. En dehors de cela, l'état général est assez bon; elle n'a jamais eu d'accès fébriles intermittents ou autres.

La tumeur n'augmente pas beaucoup de volume pendant les dix premiers mois. Mais à partir de cette époque, elle prend un accroissement rapide.

La malade affirme qu'elle a acquis en moins de huit mois les trois quarts du volume qu'elle présente aujourd'hui.

Il y a dix-huit jours qu'enfin survinrent tout à coup des douleurs très vives, une fièvre intense. (Saignée générale, application de dix sangsues à l'hypogastre, cataplasmes.)

Cette femme entre à l'hôpital, voici l'état actuel :

J'insisterai ici sur la disposition locale de la tumeur, de manière à n'avoir pas à revenir sur les déformations extérieures du cadavre.

Ce qui frappe surtout dans la physionomie de la malade, c'est une sorte d'anxiété, d'angoisse. Il existe une tumeur sur la partie latérale gauche de la poitrine et une partie du flanc correspondant, les limites de cette tumeur ne sont pas bien tranchées, elle ne forme pas de saillie distincte; mais elle consiste dans un soulèvement en masse de la partie où elle siège. A première vue, elle semble siéger à la face interne des côtes qu'elle fait bomber. La convexité exagérée, à laquelle elle donne lieu, se perd insensiblement vers les parties voisines.

Voici, à la rigueur, les limites qu'on peut lui assigner :

Elle part de la moitié inférieure de la mamelle gauche, puis elle s'étend en longueur jusqu'au niveau de la onzième ou douzième côte. Elle représente une ellipse, qui aurait 12 centimètres dans sa plus grande largeur, mesurée à la partie moyenne du grand diamètre, et dont le segment interne commencerait à deux travers de doigt et demi de la ligne médiane du corps. Il n'y a aucun changement de coloration et de structure à la peau. La tumeur est manifestement fluctuante. La malade avait un sentiment de tension plutôt que de la douleur.

L'auscultation démontre que la pointe du cœur est refoulée en dedans. On la trouve à 1/2 centimètre environ au-dessus du mamelon.

31 août (jour de l'entrée). — M. Velpeau pratique une ponction exploratrice, qui donne issue à 1 litre et demi d'un liquide limpide, salin, ayant un goût analogue à celui du bouillon gras.

1^{er} septembre. Consécutivement à cette ponction, la malade éprouve des accidents assez inquiétants : vomissements, céphalalgie, mouvement fébrile très intense. Frissons, douleurs assez vives dans la région malade qui présente quelques caractères d'inflammation; une augmentation dans la température, une assez grande sensibilité à la pression.

23 septembre. On constate un épanchement dans la poitrine, dans la moitié inférieure de la plèvre gauche. (Matité, égophonie, absence du bruit respiratoire normal.) Douleur vive sur la tumeur. (Vésicatoire volant, eau de Seltz.)

4 octobre. Nouveaux accidents.

10 octobre. L'état de la malade s'amende d'une manière notable, malgré la dyspnée, l'étendue du kyste, qui reprend ses premières limites. Les signes d'épanchement dans la poitrine s'observent toujours. La malade est obligée de se tenir la tête très élevée.

6 novembre. Après quelques frissons, quelques tremblements, survient une mort subite.

Autopsie. Le sujet était dans les conditions extérieures que j'ai indiquées et décrites pour l'habitude extérieure de la malade et la déformation locale; je dois étudier successivement la configuration de la tumeur elle-même et ses rapports, puis surtout l'état de la plèvre et du diaphragme. On pouvait, en vérité, songer à une rupture de cette cloison musculaire, à une issue du liquide du kyste dans la plèvre.

En conséquence, on s'assure de l'état des organes sans produire des perforations artificielles; je scie les côtes près de leur articulation, à la colonne vertébrale du côté gauche; près du sternum du côté droit, je détache ainsi les plèvres, les médiastins, toutes les parties qu'ils contiennent; je sépare le diaphragme et tout le contenu de la cavité abdominale d'avec la colonne vertébrale, et alors on peut suivre les diverses lésions que présente cette pièce importante.

Le cœur est refoulé vers la troisième côte, vers le bord droit du sternum. En incisant la plèvre pariétale postérieure dans toute son étendue, on donne issue à environ un litre d'une sérosité jaunâtre non trouble. Le poumon gauche, qui présente à peine le volume du poing, est ainsi revenu sur lui-même vers l'origine des bronches.

Il n'existe point de perforations au diaphragme, mais le muscle est fortement soulevé vers la cage thoracique.

Dans la cavité abdominale, le foie est déplacé vers la droite; son lobe droit est dirigé verticalement en bas, tandis que le lobe gauche va se mettre en rapport avec la portion droite du diaphragme.

L'estomac présente son plus grand diamètre, le diamètre transversal de l'état normal, verticalement dirigé.

La rate, toujours en avant, semble étalée dans toute la portion latérale supérieure gauche de l'abdomen.

Elle semble former la paroi d'une tumeur fluctuante, avec le

diaphragme qu'elle atteint ; au moyen de l'épiploon gastro-splénique, gastro-hépatique ; avec le côlon descendant, avec le côlon transverse, au moyen de divers replis péritonéaux. En arrière, il semble, à première vue, que le rein avec la séreuse péritonéale même renferme aussi la paroi de ce kyste formée par la rate, en se continuant en bas avec le repli péritonéal du côlon transverse, en dehors avec celui du côlon descendant, comme on l'a vu mentionné tout à l'heure. Mais explorant attentivement la portion de rate étalée vers la région extérieure, on retrouve trop facilement la fluctuation pour ne pas constater que cet organe est considérablement aminci, qu'il est là comme déployé, étalé, enfin, sur une tumeur développée à son centre. Une ponction donne issue à environ un litre, un litre et demi de pus parfaitement lié.

Avec le doigt introduit, pour explorer l'intérieur de cette cavité pathologique, on amène une énorme membrane sphérique revenue sur elle-même, et qu'il nous est très facile de subdiviser en deux sortes de calottes de sphère.

Indépendamment de cette membrane, la face interne de la paroi est tapissée par une sorte d'enveloppe, de tunique, offrant comme l'aspect d'une ruche à miel, ayant enfin la plus parfaite analogie avec ce qu'on désigne improprement sous le nom de membrane pyogénique. Quant à ce qui est de la première membrane, elle est épaisse de plusieurs millimètres. Elle est blanchâtre, lisse à la surface, comme tomenteuse, très friable ; sa consistance se rapproche d'une manière plus ou moins éloignée de celle de la gelée de viande. En plusieurs points, elle présente comme de petites sphères transparentes, blanchâtres, de volume variable, depuis celui d'un grain de millet jusqu'à celui d'une noisette. Par places, ces petits globes sont réunis en cercle ; en se juxtaposant, ils forment comme de petites cavités, de petits nids.

La rate forme l'épaisseur même du kyste, la membrane propre du kyste ; elle est plus ou moins amincie en différents points, mais on retrouve sa substance sur toutes les faces du kyste. En résumé, cette pièce offre un exemple assez rare de kystes développés dans l'intérieur même de la rate, sans accès de fièvre pendant la vie.

Indépendamment de ce fait de mort subite de la malade qui a présenté ce kyste, indépendamment de cette mort par suite de la

compression ou du déplacement du cœur par l'épanchement pleurétique, développé sous l'influence probable d'une inflammation pleurétique de voisinage, nous insisterons sur la présence de la matière purulente dans cette poche hydatique, après une première ponction; sur la présence de cette épaisse membrane, l'*acéphalocyste-mère*, comme l'appelle M. Cruveilhier; enfin sur la constatation de ces kystes plus petits, très petits, mais très nombreux sur cette membrane, et offrant cette disposition en *nid de pigeon*, indiquée encore par M. Cruveilhier.

Enfin, n'est-ce pas un fait bien étrange que la présence de cette tumeur énorme dans la cavité abdominale, où elle vient déplacer les viscères de la manière indiquée à propos des tumeurs de la rate par notre professeur d'anatomie pathologique; tout cela, sans que les troubles du tube digestif soient bien notables, sans que l'état général soit considérablement altéré.

OBSERVATION.

Ozène syphilitique. — Oblitération du canal nasal, etc. — Par M. Barnier, interne des hôpitaux.

La pièce, qui est mise sous les yeux des membres de la Société, a été recueillie chez une malade morte du choléra, dans le service de M. Morel-Lavallée, où elle était entrée pour un ozène syphilitique datant de plusieurs années, et contre lequel avait été dirigé, avec un succès assez marqué, un traitement par l'iodure de potassium.

Les fosses nasales ayant été divisées par un trait de scie vertical, sur un des côtés de la cloison, voici ce qu'on aperçoit : les narines antérieures ne sont plus formées que par un pont très étroit, reste du cartilage de la cloison qui a disparu presque en totalité, ainsi que la lame perpendiculaire de l'ethmoïde et le vomer, de sorte qu'en arrière les fosses nasales ne s'ouvrent que par un large orifice dans le sommet du pharynx.

Les cornets ethmoïdaux et sous-ethmoïdaux ont complètement disparu des deux côtés.

La membrane muqueuse, au lieu de cet aspect rouge et tomenteux qu'on lui connaît, est pâle et croisée dans tous les sens

par des brides alcatrasielles, bien marquées, surtout aux endroits où la pituitaire a dû s'ulcérer pour laisser passage aux os nécrosés.

Si la malade eût vécu et eût guéri de son affection, la sécrétion muqueuse aurait été considérablement diminuée, et la membrane de Schneider serait devenue probablement insensible aux odeurs.

Parmi les orifices qui viennent s'ouvrir dans les fosses nasales, ceux des sinus maxillaires sont considérablement agrandis, et ces sinus renferment, comme les fosses nasales, un pus verdâtre et épais.

Les sinus frontaux, ethmoïdaux et sphénoïdaux n'offrent pas d'altération sensible; et nous sommes surpris de n'y pas rencontrer, ainsi que nous l'avons vu, sur deux ou trois pièces, une matière grisâtre, épaisse, semblable au mastic de vitrier, sur laquelle l'attention de la Société a été déjà appelée par MM. Gosselin et Rouget.

L'orifice inférieur du canal nasal gauche est libre, mais celui du côté droit est complètement oblitéré par une cicatrice de la muqueuse.

La malade n'offrait, ni d'un côté, ni de l'autre, de tumeur lacrymale.

OBSERVATION.

Tumeur blanche tuberculeuse du genou. — Par M. Parisot, interne des hôpitaux.

Vayrez Adolphe, vingt-neuf ans, découpeur, demeurant rue Grénier-Saint-Lazare, 23, à Paris, entré le 20 juillet 1854 au n° 32 de la salle Saint-Augustin, hôpital la Ribouillère.

Ce jeune homme, de petite taille, chétif, pâle, d'une maigreur extrême, présentait toutes les apparences de la cachexie tuberculeuse. Il avait offert ou offrait encore tous les signes rationnels d'une phthisie pulmonaire (hémoptysies, etc.), mais la percussion et l'auscultation ne révélaient rien de précis à cet égard.

Ce qui amenait ce malade dans les salles de chirurgie de la Ribouillère, c'était une très grave tumeur blanche du genou

gauche. Le début en remontait à quinze mois environ, mais le mal avait surtout fait des progrès depuis six mois.

L'articulation était considérablement augmentée de volume, chaude, quoique les téguments eussent conservé leur coloration normale, fortement distendue, manifestement fluctuante. La rotule, soulevée d'une manière sensible, paraissait séparée des condyles par du liquide et des fongosités. Toute la synoviale fortement épaissie et fongueuse laissait néanmoins reconnaître que les os, concourant à former la jointure, avaient conservé leur volume normal. Une ankylose fibreuse, assez lâche, maintenait le genou dans la demi-flexion; le moindre mouvement communiqué causait des douleurs très vives; il y avait peu de douleur spontanée, ou plutôt il n'en survenait que de temps à autre, alors qu'un peu d'inflammation aiguë venait s'ajouter à la maladie chronique de l'articulation. Toute la jambe du même côté était le siège d'une atrophie portée assez loin.

Dès les premiers temps du séjour de ce jeune homme à la Riboisière, l'amputation de la cuisse lui fut proposée, comme unique chance de salut; mais son refus et le déplorable état de sa santé générale empêchèrent M. Chassaignac d'insister sur la nécessité de prendre ce parti, et le malade fut simplement soumis à un traitement analeptique en même temps que des applications antiphlogistiques (cataplasmes), puis résolutives (frictions toutes les deux heures avec la pommade d'iodure de potassium), étaient faites sur le genou malade, condamné d'ailleurs à un repos absolu. Cependant les choses allaient de plus mal en plus mal, et des accidents d'inflammation aiguë s'étant manifestés dans la tumeur, M. Broca fit, le 20 août, une ponction dans la jointure qu'il attaqua par la partie externe; il se servit pour cela d'un large trocart plat. La canule ne donna issue qu'à quelques gouttes de sang, bien qu'elle eût été profondément enfoncée dans la direction de la cavité articulaire. Le lendemain, l'amputation venait d'être de nouveau proposée, lorsque le malade, en proie, depuis quelques jours, à une diarrhée assez abondante, fut enlevé, en douze heures, par une violente attaque de choléra (21 août 1854).

A l'autopsie pratiquée le 23 août, trente-six heures après la mort, les recherches portèrent exclusivement sur le genou malade, et voici ce qu'elles firent reconnaître. — Le trajet suivi par

le trocart conduit au centre d'une masse tuberculeuse déjà ramollie, mais encore trop consistante pour qu'elle ait pu s'échapper par la canule; cette masse libre dans la cavité articulaire, laquelle est aussi remplie de pus et de détritns fongueux de la synoviale, est évidemment le résultat d'un dépôt effectué d'abord au centre même de cette synoviale devenue fongueuse jusqu'à offrir en certains points 2 centimètres au moins d'épaisseur. Rien n'est plus facile que de voir de nombreux dépôts également grumeleux, demi-concrets, de nature évidemment tuberculeuse, dispersés dans toute l'étendue de cette séreuse dont le tissu propre présente quelque ressemblance avec de l'encéphaloïde ramolli et très vasculaire. Au centre même de ces diverses masses tuberculeuses, toutes en voie plus ou moins avancée de ramollissement, on aperçoit nettement des débris de la synoviale fongueuse, débris qu'on reconnaît surtout à de belles injections capillaires rendues plus évidentes peut-être par le choléra auquel a succombé ce sujet. Ces productions tuberculeuses ont en plusieurs endroits, perforé toute l'épaisseur de la séreuse articulaire et se sont épanchées dans la cavité du genou et les diverticules synoviaux qu'on trouve l'un sous le tendon du triceps brachial, et l'autre sous le ligament rotulien, diverticules qui communiquent largement avec la cavité générale; elles ont aussi fusé en arrière de l'articulation, dans le creux poplité, pour y constituer le contenu de deux foyers en communication avec la capsule du genou, l'un situé en dehors des vaisseaux poplités lesquels sont d'ailleurs parfaitement intacts, et l'autre placé en dedans des mêmes vaisseaux, un peu plus bas que le premier. — Pour toute lésion, les divers ligaments de la jointure offrent un peu de distension, d'allongement: rien de particulier aux cartilages semi-lunaires. Les cartilages diarthrodiaux sont altérés en quelques points seulement; ainsi, on les trouve détruits vers l'angle supérieur et interne de la rotule, puis à la partie antéro-externe des condyles fémoraux; enfin, immédiatement au-dessus de la tubérosité antérieure du tibia; en ces endroits divers, les os sont dénudés et raréfiés dans leur tissu qui se laisse facilement pénétrer par le scalpel. Les surfaces articulaires ont d'ailleurs à peu près conservé leurs rapports normaux. La coupe des trois os qui concourent à former l'articulation, fait voir une infiltration tuberculeuse évidente dans l'extrémité spongieuse et le canal médul-

laire du fémur et du tibia ; la rotule ne présente rien de pareil.

L'examen microscopique des productions déposées dans l'épaisseur de la synoviale a démontré à M. Broca que, conformément à l'hypothèse précédemment émise, elles étaient bien constituées par de la matière tuberculeuse.

OBSERVATION.

Lipome de la langue. — Par M. Bastien, interne des hôpitaux.

Le 30 novembre 1854 est entré, salle Sainte-Marthe, n° 10, le nommé X....., âgé de vingt-cinq ans, porteur d'eau.

Bonne constitution, pleurésie à quinze ans, variole à seize ans, enfin, fièvre typhoïde au commencement du mois de novembre dernier ; il est traité par M. le professeur Requin. Pendant la convalescence de cette maladie, orchite parenchymateuse du testicule gauche. — Le 20, le malade est entièrement guéri de sa fièvre typhoïde et de son orchite. Il passe en chirurgie le 30 novembre, pour y être traité d'une tumeur de la langue qu'il porte depuis son enfance, et dont nous allons faire l'histoire :

Cette tumeur paraît remonter à la naissance. Le malade raconte que dans ses premières années, il n'avait qu'un petit bouton, assez dur, situé sur le bord droit de la langue, à quelques centimètres de la pointe. Ce bouton, qui n'aurait été le siège d'aucun phénomène, soit de douleur, soit de démangeaison, aurait insensiblement augmenté de volume. Il était, à l'âge de quinze ans, gros comme un noyau de cerise, mais à partir de cette époque jusqu'à l'âge de vingt et un ans, son volume s'est accru plus rapidement, et est arrivé à peu près aux dimensions que nous lui voyons maintenant. Enfin, depuis l'âge de vingt et un ans jusqu'à aujourd'hui, la tumeur est restée stationnaire. Voici ses caractères :

A la partie antérieure et latérale droite de la langue, se trouve une tumeur globuleuse du volume d'un petit œuf de pigeon. Elle fait à peine relief sur la face inférieure de l'organe, tandis qu'elle se détache parfaitement de la face supérieure, surtout en arrière et en dehors. — Cette tumeur commence à un demi-centimètre à droite du pli médian de la langue qui n'est pas dé-

viée, par un relief très peu marqué, s'arrondit bientôt en sphère et s'étend jusqu'au bord externe (droit). Son diamètre dans ce sens est de $2\frac{1}{4}$ centimètres.

En avant, elle commence aussi, d'une manière insensible, à 1 centimètre de la pointe, et s'étend jusqu'à 4 centimètres en arrière. Son diamètre, dans ce sens, est de 3 centimètres; il est un peu oblique d'avant en arrière et de dedans en dehors. Si on soulève la langue, on remarque que la tumeur fait à peine relief sur sa face inférieure, qu'elle est placée à 1 centimètre du frein et en dehors des veines ranines, dont la coloration et le relief sont normaux. — La glande de Nuhn, dont la présence est accusée par une teinte jaunâtre sur le côté et en arrière de la pointe de la langue, n'a aucun rapport avec cette tumeur. Le diamètre vertical est de $2\frac{1}{4}$ centimètres.

La coloration de la muqueuse est normale à la face inférieure de la langue. Il n'en est plus de même à la face supérieure, vis-à-vis la partie centrale du relief formé par la tumeur. Là, en effet, la teinte est plus claire, d'un blanc jaunâtre, et tranche avec la coloration rouge normale des parties voisines. La muqueuse, à ce niveau, est lisse, polie, comme tendue. L'œil et la loupe n'y découvrent aucune papille; elles ont été complètement atrophiées par la pression de la tumeur. Sous la muqueuse rampent une infinité de ramifications vasculaires excessivement fines, qui sillonnent la tumeur en tout sens, et forment un plexus très remarquable, qui va se perdre vers les papilles nombreuses qui sont situées à la base.

Vers cette base, la coloration redevient normale et les papilles reparaissent, mais considérablement hypertrophiées. On en voit de deux sortes : les unes beaucoup plus volumineuses que les autres, forment de larges papilles arrondies et aplaties, grosses comme un grain de millet. Ces papilles, très rapprochées l'une de l'autre, représentent assez bien l'aspect de l'éruption varioleuse confluyente. Les autres, plus petites, globuleuses, font plus de relief sur la muqueuse. Elles sont clair semées au milieu des précédentes, surtout en avant. L'hypertrophie cesse pour les papilles situées tout à fait à la base de la tumeur, c'est-à-dire là où le relief manque. L'hypertrophie papillaire ne porte, en résumé, que sur celles qui siègent immédiatement en dehors du relief lisse et jaunâtre de la tumeur. Notons, cependant, qu'elles

manquent entièrement sur une petite partie du bord externe de la tumeur, où la teinte jaunâtre reparait, et qu'on les retrouve en arrière. Notons aussi qu'elles cessent brusquement vers la face inférieure de la langue. Les vaisseaux, que nous avons vus sillonner la partie centrale de la tumeur, arrivés à la base des papilles, viennent s'y terminer en pinceaux. Un point ecchymotique en occupe le centre. Quelques-uns de ces vaisseaux, plus volumineux, rampent dans les intervalles papillaires, et arrivent aux bords de la langue. Nous n'avons pas examiné si la sensibilité spéciale s'était modifiée en même temps que les papilles ; si la gustation avait disparu sur la partie lisse de la tumeur ; si elle avait augmenté vis-à-vis les papilles hypertrophiées. Nous avons interrogé le malade après l'opération, il n'a pu nous donner aucune réponse précise à ce sujet.

Si on explore la tumeur à l'aide du toucher, voici ce que l'on observe : elle est parfaitement circonscrite, ne paraît avoir contracté que des adhérences très lâches avec les parties voisines et avec la muqueuse qui la recouvre. On peut la mouvoir un peu dans tous les sens, excepté en dedans et en avant, où elle paraît tenir un peu plus aux parties voisines. Pendant, les mouvements que nous cherchons à lui faire exécuter, nous reconnaissons qu'elle glisse jusqu'à un certain point par sa face profonde sur le tissu propre de la langue qu'elle laisse au-dessous d'elle. C'est ce qui nous explique pourquoi elle ne fait pour ainsi dire aucun relief à la face inférieure de la langue.

Quant à la consistance de la tumeur, elle est variable suivant qu'on explore ses différents points.

Cette consistance est lipomateuse dans la partie centrale de la tumeur, là où existe la teinte jaunâtre. Le doigt qui la presse sent une sorte de fluctuation analogue à celle du lipome. On reconnaît, cependant, que cette fluctuation n'est qu'apparente, si on saisit la tumeur entre le pouce et l'index des deux mains, et si on la presse de manière à produire un flot de liquide. En arrivant vers la circonférence de la tumeur, la consistance devient plus élastique, comme fibreuse, surtout en avant. Là, en effet, toute fausse fluctuation a disparu, et la consistance se rapproche de celle des fibro-cartilages. Cette consistance fibro-cartilagineuse est encore plus manifeste en un point circonscrit de la partie postérieure et supérieure de la tumeur : on dirait que

l'on presse réellement du fibro-cartilage. Enfin, sur le bord externe, vis-à-vis la teinte jaunâtre de ce bord, signalée plus haut, on sent un noyau très dur, comme pierreux, dont la base arrondie arrive presque sous la muqueuse, et dont le sommet plus allongé se dirige en dedans vers le centre de la tumeur à laquelle il tient, et sur laquelle on peut le mouvoir. Ce noyau dur paraît être une concrétion osseuse.

Les nuances délicates de consistance bien nettes, M. Laugier nous les a fait sentir, ainsi qu'aux élèves qui suivent sa clinique.

Ajoutons que cette tumeur n'a jamais été le siège d'aucune douleur, qu'elle ne gêne en rien les mouvements de la langue; qu'elle peut être élevée, abaissée, portée à droite, portée à gauche, s'étaler, se former en gouttière, etc.; que dans ces divers mouvements, la langue porte sa tumeur, comme si elle ne tenait en rien à ses muscles moteurs. Ajoutons aussi que l'articulation des sons, la mastication, la déglutition, ne sont en rien gênées. La seule incommodité qu'elle occasionne au malade, c'est que de temps en temps il arrive que le bord externe de l'organe se trouve pris entre les arcades alvéolaires et mordu.

Après avoir rappelé tous les caractères de cette tumeur, sa mobilité, son indépendance des tissus voisins, son peu d'adhérence, sa situation sur la partie latérale et supérieure de la langue, sa consistance lipomateuse, fibro-lipomateuse et même osseuse, son indolence, sa marche lente, et surtout son arrêt de développement pendant ces quatre dernières années, M. Laugier établit son diagnostic et se demande s'il n'aurait pas affaire à une tumeur lipomateuse et fibro-lipomateuse, qui aurait subi des dégénérescences cartilagineuses et même osseuses dans certains points. Ce pourrait être aussi, ajoute ce chirurgien, une hypertrophie fibreuse avec transformation grasseuse, fibreuse et osseuse dans certains points.

M. Laugier élimine d'abord les tumeurs malignes. — Si c'était un cancer, un squirrhe, dit-il, nous aurions une tumeur dure, lardacée, d'une consistance uniforme; elle ne serait pas aussi bien circonscrite, aussi mobile, et pour ainsi dire aussi énucléable. Sans doute, le squirrhe, au début, peut bien présenter la plupart des caractères que présente cette tumeur; mais bientôt, et surtout s'il siège à la langue, le squirrhe se transforme, devient dur, adhérent, lancinant, s'ulcère, sa marche est rapide, son dévelop-

pement continu, et la cachexie arrive de bonne heure. Comment concevoir un squirrhe qui présenterait une consistance aussi variée, et surtout la consistance du lipome ? Comment concevoir un squirrhe, qui remonterait à la naissance ? Enfin, comment concevoir un cancer de la langue qui serait resté stationnaire pendant quatre années ?

M. Laugier se demande ensuite, quelles sont les autres tumeurs circonscrites de la langue, qu'on pourrait confondre avec cette tumeur. — Les kystes ? Mais le kyste forme une tumeur mamelonnée, sphérique, d'une consistance uniforme, fluctuante ; de plus, la muqueuse, qui recouvre le kyste de la langue, prend une teinte bleuâtre, etc.

La situation de la tumeur à la face supérieure de la langue, son apparition sur le bord externe, sa distance de toute espèce de glandes, et surtout des glandes de Nuhn éloigne l'idée d'une hypertrophie glandulaire.

Quant aux tumeurs érectiles, soit artérielles, soit veineuses, qui aussi apparaissent dès la naissance, elles se présentent avec des circonstances de couleur, de réduction, de pulsation et de marche, qui les caractérisent facilement.

Enfin, les indurations chroniques de la langue attaquant plutôt la base de l'organe, sont, en général, plus profondément situées, moins bien circonscrites.

S'il y a eu des accidents syphilitiques, qu'il suffise de rappeler que le malade porte sa tumeur depuis son enfance.

M. Laugier termine par quelques mots sur l'opération qu'il va pratiquer : La tumeur, dit-il, sera très facile à énucléer. Nous ferons une incision longitudinale, nous la disséquons et nous l'isolons facilement.

Opération. — Le malade est assis sur une chaise. Un aide, saisissant la langue en arrière de la tumeur entre le ponce et l'index, l'amène au dehors, fait saillir la tumeur, et tend par là même la peau en même temps qu'il comprime les artères qui pourraient donner un peu de sang. Une incision longitudinale est faite à la muqueuse. Aussitôt la tumeur apparaît pour ainsi dire d'elle-même entre les lèvres de l'incision qu'elle écarte, et l'on voit à nu la membrane fibreuse d'un blanc jaunâtre qui l'isole des parties voisines. Le kyste est facilement énucléé ; il ne présente des adhérences qu'à la partie interne et supérieure ; on

les détache, et le malade est renvoyé à son lit sans autre recommandation que de se gargariser de temps en temps la bouche. Il n'y a pas eu d'hémorrhagie.

On fend la tumeur, et l'on peut vérifier le diagnostic porté avant l'opération. C'est un véritable lipome avec *dégénérescence fibreuse, cartilagineuse et osseuse* dans divers points. Le soir, à la visite, la petite plaie s'était presque entièrement fermée.

Le lendemain, les bords de la solution de continuité étaient réunis, la langue ne présentait pas le moindre gonflement, la réunion était immédiate. Cependant le malade a passé une mauvaise nuit; dès le soir même (dix heures), dit-il, il a éprouvé des douleurs vives dans le testicule gauche, douleurs qui l'ont empêché de dormir. En effet, le testicule est gonflé, très douloureux, l'orchite, dont il était parfaitement guéri depuis plus de quinze jours, s'est reproduite; c'est une orchite parenchymateuse très aiguë, sans engorgement de l'épididyme ni du cordon, il n'y a pas la moindre trace de fluctuation sur la tumeur. Serait-ce une reproduction de l'orchite primitive, une sorte de métastase survenue à l'occasion de l'opération faite sur la langue, ou plutôt de l'émotion du malade? Les circonstances de l'opération n'auraient-elles pas réveillé une inflammation non encore éteinte, inflammation qui ne demandait qu'à se reproduire sur un organe déjà primitivement enflammé? M. Laugier se range à cette dernière opinion.

Examen de la tumeur. — La tumeur a environ 3 centimètres de diamètre. Elle a la forme d'une grosse amande. Une membrane cellulofibreuse, véritable kyste, l'enveloppe de toute part. Ce kyste, qui, ainsi que nous l'avons vu pendant l'opération, n'avait que des adhérences assez lâches avec le tissu voisin (excepté au niveau de son bord interne), envoie par sa face profonde un grand nombre de prolongements dans l'épaisseur de la tumeur, et fait corps avec elle. La tumeur a été fendue par son bord interne: toute sa partie antérieure est formée de tissu fibreux, ainsi que son bord interne. Cependant, tout à fait en avant, elle présente un peu du caractère du tissu *fibro-cartilagineux*. La moitié postérieure est jaunâtre et formée de tissu adipeux; au milieu duquel on rencontre quelques éléments fibreux. C'est là que le doigt du chirurgien éprouvait cette sensation de fausse fluctuation qui lui a permis de diagnostiquer un lipome. Ce noyau

graisseux avance jusqu'au bord externe et correspond à toute cette partie lisse et jaunâtre de la tumeur, qui a été décrite plus haut. Dans les parties environnantes, le tissu fibreux devient plus abondant, et la graisse n'y est plus qu'à l'état d'infiltration. Dans l'épaisseur de cette masse adipeuse, qui occupe toute la partie postérieure et externe de la tumeur, se remarque un corps dur, que le scalpel ne peut entamer, c'est le tubercule de consistance ostéo-cartilagineuse que l'on sentait en arrière de la tumeur. Cette concrétion osseuse, dont la base très superficielle était sentie sous la muqueuse du bord de la langue, envoie deux prolongements inégaux se terminant en pointe vers le centre du noyau graisseux. En avant de cette première concrétion, toujours sur le bord externe et dans l'épaisseur du tissu adipeux, nous en trouvons une autre plus petite; puis une troisième, plus large et moins dure, située, cette fois, dans le tissu fibreux qui avoisine la face inférieure; puis une quatrième et une cinquième dans l'épaisseur du tissu fibreux qui forme la partie antérieure de la tumeur.

Quant aux concrétions microscopiques de la tumeur, nous laisserons parler MM. Rouget et Boullard qui les ont étudiées au microscope.

J'ajouterai une réflexion relativement à la teinte jaunâtre que présentait le centre de la tumeur, et aussi relativement à l'atrophie papillaire qui siégeait à son niveau. L'étude comparative de la pièce et de la tumeur montre que la teinte jaune et l'atrophie papillaire siégeaient seulement au niveau des points où existait la *transformation* graisseuse. L'hypertrophie papillaire siégeait surtout vis-à-vis les parties fibreuses de la tumeur. L'hypertrophie graisseuse aurait-elle été ici la cause immédiate de l'atrophie des papilles? C'est ce qu'un fait unique ne saurait juger. Cependant, les probabilités seront en faveur de cette opinion, si l'on veut bien se rappeler les détails anatomiques signalés plus haut.

Quant à la teinte jaunâtre qui s'explique très bien, vu la situation sous-muqueuse de la tumeur, ne pourrait-elle pas servir au diagnostic des lipomes de la langue, si une pareille lésion se représentait de nouveau au diagnostic des chirurgiens.

Extrait du rapport de M. le docteur Boullard.

Les lipomes sont si communs, ont été tant de fois observés, et sont du reste si faciles à traiter, qu'il paraît, au premier abord, étonnant qu'on puisse trouver encore moyen d'appeler l'attention sur cette lésion. Cependant, il est différents points de l'histoire de ces productions homœomorphes, qui, au point de vue du diagnostic, méritent encore une étude particulière. Je ne parle pas, bien entendu, de ces lipomes simples, dont tout le monde connaît le siège ordinaire, la consistance molle, le volume variable, l'indolence habituelle, etc., je veux, au contraire, faire allusion à ceux dont le développement inusité pourrait donner lieu à des erreurs bien regrettables, mais fort difficiles à éviter.

Au premier rang se placent ces lipomes assez rares, qui n'occupent plus les plans superficiels du corps, mais sont profondément enfouis entre les divers plans musculaires des tronc ou des membres. M. Verneuil et moi, nous avons eu occasion de vous en présenter chacun un exemple, et tout récemment j'en ai montré encore un, moins remarquable en raison du petit volume de la tumeur.

Mais jusqu'à ce jour, ni dans les traités de chirurgie, ni dans aucune monographie, on n'avait eu l'occasion de signaler la présence de ces tumeurs sur un organe qui a le malheureux privilège d'être le siège de productions on ne peut plus variées. Si le doute était permis à ce sujet, j'en appellerais à la volumineuse thèse de M. Maisonneuve sur les tumeurs de la langue. On n'y rencontre aucun fait analogue à celui qui nous occupe en ce moment. En feuilletant les annales de la science, on trouve bien signalée l'observation de tumeurs lipomateuses dans les parties profondément situées, sous le péritoine, dans la fosse iliaque; mais le fait de M. Bastien est presque le seul dans lequel on rapporte l'histoire d'un véritable lipome développé dans le tissu cellulaire sous-muqueux.

La présence de semblables tumeurs pourrait cependant être prévue aisément, puisque les membranes muqueuses recouvrent souvent les mêmes éléments anatomiques que le derme cutané. Toutefois, cette lacune, dont je constate l'existence en anatomie

pathologique, n'existe peut-être qu'en apparence, et n'est due qu'à quelques omissions de la part des observateurs ou à quelque erreur dans la dénomination. C'est ainsi qu'on trouve rapportée dans la thèse de M. Gosselin sur les polypes des fosses nasales, une observation dont M. Foucher est l'auteur, et qui est déjà un exemple fort curieux de lipome sous-muqueux. Or, dans la thèse citée, il est simplement désigné sous le nom de polype, et peut très bien être pris pour un polype fibreux ou fibro-muqueux du pharynx, tandis qu'en recourant à l'observation originale, on trouve la description d'un véritable lipome sous-muqueux développé en arrière du larynx, et faisant saillie dans le pharynx.

Déjà remarquable, ainsi qu'on a pu le voir, sous le rapport du siège qu'elle occupe, la tumeur dont M. Bastien nous a rapporté l'histoire ne l'est pas moins sous le rapport de sa structure. Je n'insiste pas sur la description et sur les caractères physiques de cette tumeur, il me faudrait copier l'observation; je me bornerai à signaler une interprétation dont je ne serais pas disposé à admettre la justesse.

Après avoir décrit la forme arrondie de la tumeur, avoir indiqué qu'elle faisait surtout saillie à la face dorsale de la langue, tandis qu'on ne la sentait en aucune façon à la face inférieure, après avoir indiqué diverses particularités que l'examen de la tumeur est venu expliquer, comme, par exemple, la sensation de petits corps durs et comme osseux au milieu de la masse semi-fluctuante, M. Bastien insiste sur deux points qu'il considère comme de nature à pouvoir éclairer le diagnostic en pareille occurrence. Il aurait constaté une hypertrophie des papilles de la langue à la base de la tumeur, et, au contraire, une atrophie de ces mêmes papilles dans les points culminants, et en même temps, en ces derniers points, une coloration jaunâtre très facile à distinguer à travers la muqueuse amincie. Je ne partagerai pas la manière de voir de l'observateur, quant à la valeur de ces signes diagnostiques. La coloration jaune et l'atrophie des papilles étaient, en effet, la conséquence toute naturelle du volume de la tumeur, qui, en se développant, avait su refouler les tissus ambiants, et qui, n'ayant pu vaincre la résistance qui lui était offerte du côté de sa base, c'est-à-dire par les points où elle reposait sur le plan musculaire de la langue,

avait, au contraire, agi sur la muqueuse moins résistante, et l'avait amincie, d'où résultaient et l'atrophie des papilles et la teinte jaunâtre, qui ne me semble dès lors en aucune façon pathognomonique de cette espèce de tumeur. Un peu moins de développement, et ces signes eussent fait défaut. C'est un fait mécanique, et rien de plus. — Quant à l'hypertrophie papillaire relatée à la périphérie de la tumeur, elle ne m'a pas paru très sensible.

Je passe maintenant à la structure de la tumeur, dont M. Rouget et moi avons fait l'examen avec soin. Cette tumeur, de forme globuleuse, n'était pas enfermée dans un véritable kyste fibreux de nouvelle formation; mais, comme dans la majeure partie des tumeurs enkystées solides et même des tumeurs hydatiques développées dans le parenchyme des organes, il existait un kyste, une enveloppe qui isolait parfaitement la tumeur, et qui était formée aux dépens du tissu cellulaire au milieu duquel elle avait pris naissance. Cette enveloppe celluleuse envoyait à l'intérieur de nombreux tractus qui cloisonnaient la tumeur, et la transformaient en autant de petites loges, toutes uniquement remplies de vésicules graisseuses. Le tissu cellulaire et la graisse étaient donc les deux éléments principaux de cette tumeur. Mais çà et là on rencontrait, dans son épaisseur, de petits corps durs, à formes irrégulières, ayant tout à fait la consistance de petits os ou de petites dents. L'un d'eux pouvait rappeler assez exactement la forme d'un des osselets de l'oreille, du marteau. Un autre, aminci, à surface brillante, aurait pu être comparé à une petite incisive. Nous les avons soumis à l'examen microscopique: nous avons reconnu que tous ces petits corps étaient formés par du tissu osseux; mais nous n'avons nulle part trouvé trace d'émail ou d'ivoire, rien, en un mot, qui eût pu permettre de les comparer à des dents.

Comment s'étaient formés ces ostéides? N'était-ce pas tout simplement une ossification d'une partie de la gangue cellulo-fibreuse de la tumeur? Cette opinion, en présence de nombreux exemples d'ossification du tissu fibreux, nous paraît au moins fort probable, et, en tout cas, serait beaucoup plus soutenable que l'idée de voir dans cette tumeur, d'ailleurs congénitale, un exemple de monstruosité par inclusion.

OBSERVATION.

Luxation du pied en dedans. — Fracture de la malléole interne. — Arrachement de tous les ligaments externes de l'articulation tibio-tarsienne. — Par M. Bastien, interne des hôpitaux.

Le 13 octobre 1854 est entré, salle Sainte-Marthe, n° 15, le nommé G. L....., âgé de quinze ans, couvreur.

Les personnes qui l'accompagnent, parmi lesquelles se trouve un de ses camarades, qui travaillait à ses côtés, nous disent qu'il était occupé à la réparation de la toiture d'une maison de cinq étages, et que le pied lui ayant manqué, il a glissé et est tombé du faite de la maison. Il aurait rencontré dans sa chute une terrasse située au premier étage. Son pied gauche seul aurait porté sur le bord de la terrasse. L'impulsion l'aurait renvoyé fortement, lui aurait fait faire demi-tour en avant et à droite, de sorte qu'il serait venu tomber sur le côté gauche de la tête. La partie antérieure de la poitrine aurait aussi porté sur des moellons qui se trouvaient sur le sol. Nous n'avons pu obtenir de renseignements plus précis sur le mécanisme de la chute.

Nous voyons le malade lors de son entrée à l'hôpital, quelques instants après son accident; et voici l'état dans lequel nous le trouvons : Agonie, absence complète de la sensibilité du mouvement et de l'intelligence; le pouls bat à peine; les extrémités sont froides. La respiration est excessivement difficile, bruyante, stertoreuse; elle se fait par un mouvement d'élévation et d'abaissement de totalité de la poitrine. Pendant chaque inspiration, les muscles scalènes se contractent fortement, soulèvent le thorax. L'air pénètre difficilement par la glotte, qui produit un son rauque. En même temps, l'extrémité inférieure du sternum, au lieu de se porter en avant, comme dans l'inspiration normale, se porte en arrière, tandis que les côtes se portent en dehors; de sorte que, pendant l'inspiration, le diamètre transversal de la poitrine augmente, tandis que le diamètre antéro-postérieur diminue. Ces phénomènes anormaux ont évidemment pour cause la paralysie incomplète de la glotte. Pendant l'expiration, des mouvements contraires à ceux de l'inspiration se produisent; il y a dilatation de la cavité thoracique dans le sens antéro-posté-

ricur, et resserrement dans le sens transversal. Toutes les minutes environ, le malade fait une longue inspiration, pendant laquelle la poitrine se dilate comme à l'état physiologique, et l'air pénètre facilement. On dirait que la paralysie de la glotte a cessé. En étudiant avec soin ces phénomènes, on reconnaît bientôt que cette longue inspiration se produit lorsque le besoin de respirer, se faisant fortement sentir, appelle la contraction des muscles de la glotte. Pour réveiller le besoin de respirer et la contraction des muscles du larynx, nous pinçons fortement le malade, nous le frictionnons avec énergie; alors les longues inspirations se reproduisent plus fréquemment. Il n'y a donc pas paralysie des muscles de la glotte et de la poitrine; mais bien seulement paralysie ou plutôt affaiblissement de l'appareil nerveux qui tient sous sa dépendance le besoin de respirer.

Explorant les diverses régions du corps, voici ce que nous remarquons : Gonflement considérable de tout le côté gauche de la tête; les paupières de l'œil gauche prennent part à la tuméfaction, elles ont une teinte légèrement bleuâtre. Chute des paupières; nous les soulevons : pas encore d'ecchymose sous la conjonctive; larmes de sang du côté gauche. La pupille gauche est largement dilatée et immobile; elle ne subit pas l'influence de la lumière. La pupille droite, au contraire, est fortement ressermée; elle reste aussi immobile sous l'influence de la lumière. Ailes du nez immobiles; sang en assez grande quantité dans la narine gauche. (Les personnes qui ont accompagné le malade nous disent qu'il a perdu du sang par le nez et par la bouche, qui en présente encore des traces.) Aucun écoulement par les oreilles.

Nous découvrons le malade et nous trouvons une ecchymose et un angle au niveau de l'articulation des deux dernières pièces du sternum; nous croyons d'abord à une fracture, pas de crépitation, pas de mobilité anormale.

Enfin, examinant les membres inférieurs, nous constatons que le pied gauche a subi un mouvement de translation en dedans sur la jambe; pas de mouvement de rotation, ni autour de l'axe vertical, ni autour de l'axe antéro-postérieur. Par suite de ce mouvement de translation qu'a éprouvé le pied, large dépression sous la malléole externe, qui fait une énorme saillie en dehors, et débordé considérablement dans ce sens le bord externe du pied. En dedans, au contraire, dépression profonde, ou plutôt

concavité régulière du côté de la jambe ; elle siège au-dessus de la base de la malléole interne. Au-dessous de cette dépression, le bord interne du pied fait une saillie considérable (près de 2 centimètres) sur la face interne de la jambe. Le relief de la malléole interne se remarque normalement sur cette saillie du bord interne du pied. Comme conséquence de ces changements de forme, élargissement considérable du diamètre transversal de la jambe vis-à-vis les deux malléoles. Le membre a ses dimensions normales au-dessus de la malléole interne. Ce changement dans la forme extérieure du membre nous dit, *à priori*, que nous avons affaire à une luxation du pied en dedans avec fracture de la malléole interne. Le toucher vient en aide au diagnostic pour le confirmer. Le doigt, explorant la partie externe du membre, reconnaît que la malléole externe est saine. Pas de crépitation, pas de mobilité anormale au niveau de l'extrémité inférieure du péroné. On constate facilement que la malléole externe a perdu ses connexions, ses rapports avec le bord externe des os du pied. Explorant la partie interne du membre, le doigt s'enfonce profondément au niveau de la dépression avant d'atteindre la face interne du tibia qui s'est porté en dehors. Il est arrêté au bas de la dépression par la base de la malléole interne fracturée. Cette apophyse a suivi le mouvement de translation du pied en dedans, tout en conservant ses rapports normaux avec ce dernier. Mobilité anormale du pied sur la jambe ; frottement des deux fragments du tibia ; crépitation dans les divers mouvements qu'on fait exécuter au pied sur la jambe. Cet examen est fait avec soin et beaucoup de ménagement. Le malade meurt au bout de quelques heures.

Autopsie. — La difformité est un peu diminuée ; cependant elle est encore très frappante, ainsi qu'on peut le voir sur le moule que nous avons pris.

Je passe rapidement sur les lésions trouvées du côté de la tête. Vaste épanchement sanguin dans la cavité arachnoïdienne ; il occupe surtout le côté droit de la circonférence et de la base du cerveau ; les nerfs optiques, surtout le gauche, baignent dans le sang ; fracture de la base du crâne, partant de la fosse temporo-zygomatique gauche, attaquant la partie postérieure de la voûte orbitaire, et venant se terminer dans la fosse ethmoïdale,

sur le côté de l'apophyse crista-galli. Pas de fracture du sternum ; épanchement sanguin, ecchymose au niveau de l'angle signalé plus haut.

Pied. — Nous avons étudié les mouvements anormaux qu'on pouvait produire dans le siège de la fracture et de la luxation.

La réduction se faisait facilement ; mais aussitôt qu'on cessait de la maintenir, le déplacement se reproduisait. La rotation en dedans (autour de l'axe vertical, le talon appuyant sur la table) avait de la tendance à exagérer la luxation ; au contraire, la rotation en dehors diminuait le déplacement. La réduction était facilement obtenu, si, en même temps qu'on portait la pointe du pied en dehors, on immobilisait les deux malléoles tout en pressant dessus. Le pied avait de la tendance à glisser en avant ou en arrière des os de la jambe, suivant que la pression agissait dans l'un ou dans l'autre sens. La rotation autour de l'axe antéro-postérieur exagérait le déplacement quand elle avait lieu en dehors, et le diminuait quand elle avait lieu en dedans.

Nous avons pu, non sans beaucoup de peine, enlever la pièce. La peau disséquée, nous trouvons au-devant et au-dessous de la malléole externe dont le sommet soulève la peau, un vaste épanchement sanguin, qui s'étend vers la partie antérieure et externe de l'articulation. Large ecchymose sur la face interne du tibia, au niveau du siège de la fracture. Cette ecchymose descend jusque vis-à-vis la petite apophyse du calcaneum où elle se termine brusquement ; elle remonte à trois travers de doigt au-dessus du siège de la fracture, s'étend en avant jusqu'au bord antérieur du tibia, va en arrière vers le tendon d'Achille, derrière lequel elle s'étale. Elle est placée sur l'aponévrose, ou mieux entre l'aponévrose et la peau. Sous cette large ecchymose, nous trouvons en bas la malléole interne fracturée à sa base, et ayant conservé ses rapports normaux avec l'astragale et le calcaneum. Cette apophyse a abandonné le tibia, qui s'est porté en dehors avec le péroné ; mais elle tient encore à la face interne de l'os par le périoste qui est décollé dans la hauteur de 4 centimètres ; de sorte que le périoste seul s'oppose à ce que la luxation soit complète. Il s'écarte par en bas d'un travers de doigt de la face interne du tibia. En avant, en arrière, et même un peu au-dessous de la malléole

interne, le périoste, l'aponévrose et le ligament latéral interne sont éraillés, de sorte que l'ecchymose sous-cutanée est mise par là en communication avec le siège de la fracture.

Le pied étant dépouillé de ses parties molles, nous disséquons les ligaments, tout en conservant les rapports des os. La malléole interne presse fortement sur la face interne de l'astragale, tirée qu'elle est par le périoste décollé qui fait l'effet de ligament. La partie postérieure du plan superficiel du ligament latéral interne a arraché la lame compacte de la face externe et postérieure de l'astragale sur laquelle il s'insère. La partie antérieure et tout le plan profond du ligament ont résisté et sont intacts. Le tibia et le péroné, qui ont conservé leurs connexions normales, ont subi un mouvement de translation en dehors. Le premier de ces os a glissé sur la face supérieure de l'astragale, en s'éloignant de la malléole interne restée en place; de sorte que l'arête médiane de la surface astragalienne du tibia, au lieu de répondre à la gorge de la trochlée, est venue se placer en dehors du bord externe de cette trochlée, et le tibia ne répond plus à l'astragale que par la moitié interne de sa surface articulaire.

Ce mouvement de translation a amené la rupture de tous les ligaments externes de l'articulation tibio-tarsienne. Chose remarquable, les trois ligaments ont emporté un fragment de chacun des trois os sur lesquels ils s'insèrent, et sont restés adhérents à chacun d'eux pour leur autre extrémité. Ainsi, le ligament péronéo-calcanéen (moyen) est resté adhérent au sommet de la malléole et a arraché un large fragment du calcanéum (à son insertion); le ligament péronéo-astragalien postérieur est resté adhérent au bord postérieur de l'astragale et a enlevé une longue traînée de l'écorce du sommet de la malléole. Enfin, le ligament péronéo-astragalien antérieur est resté adhérent à l'astragale et a enlevé aussi une petite portion du sommet de la malléole.

Après avoir disséqué les ligaments et étudié leur état, nous mettons à découvert l'intérieur de l'articulation, afin de mieux voir l'état de la fracture. La fracture siège, ainsi que nous l'avons dit, à la base de la malléole; elle est anfractueuse, irrégulière et produite à la fois par arrachement et par écrasement. Le fragment malléolaire éclaté est partagé en trois fragments secondaires.

Ces fragments tiennent encore un peu l'un à l'autre, réunis qu'ils sont par la couche périostale restée intacte ; ils ont emporté chacun une portion de cartilage. Le tissu osseux est un peu écrasé ; on en enlève facilement des parcelles en grattant avec l'ongle. La surface de fracture attenante au tibia, irrégulière comme la précédente, remonte à 1 centimètre environ au-dessus de la base de la malléole ou du fond de la mortaise. Le tissu de l'os est tassé, comme écrasé, on en enlève facilement des fragments. La moitié interne du fond de la mortaise est aussi écrasée et un peu remontée. Le cartilage est rompu dans le trajet d'une ligne, qui commence sur le bord postérieur, à 1/2 centimètre de la face interne de la malléole interne, et se termine sur le bord antérieur, à 1 centimètre de la face articulaire de la malléole externe. Cette ligne de rupture du cartilage est par conséquent oblique d'arrière en avant et de dedans en dehors ; elle est irrégulière et constituée par de grandes crevasses, dont les extrémités se rapprochent sans se joindre. Cette ligne marque parfaitement la partie de l'extrémité inférieure du tibia qui a supporté la chute ; en effet, tout ce qui est en dedans est tassé et remonté. Sa direction est parfaitement en rapport avec le mouvement de rotation qu'a subi le pied en venant heurter contre le bord de la terrasse. Quant à la surface articulaire de l'astragale, elle est parfaitement saine, ainsi que le reste de l'os, qui ne présente aucune trace d'écrasement, pas d'autres lésions que l'arrachement de la lamelle osseuse produite, ainsi que nous l'avons dit plus haut, par les fibres superficielles postérieures du ligament interne. Du côté du péroné, nous avons vu que le sommet de la malléole était décortiqué. Enfin, du côté du calcanéum, nous noterons que la large perte de substance située sur la face externe et un peu supérieure de l'os est surmontée par le bord du cartilage aplati, décollé et enfoncé, de sorte qu'il y a eu là aussi un peu d'écrasement du tissu osseux qui a facilité, sans doute, l'arrachement.

Réfléchissant à ces diverses lésions et les mettant en regard de la cause fracturante, on reconnaît facilement que tout converge vers l'explication suivante : Le bord interne du pied gauche a rencontré obliquement le bord de la terrasse, et a supporté tout le poids du choc, qui est venu faire retentir son effet sur toute

la partie interne de l'articulation. En même temps, l'obliquité de la chute intervenant, ainsi que le mouvement de rotation, les os de la jambe ont eu naturellement de la tendance à glisser en dehors sur l'astragale. Alors la malléole interne s'est arrachée et écrasée. Le mouvement de glissement et de rotation continuant, les ligaments externes se sont arrachés successivement, et la partie interne et antérieure de la surface articulaire du tibia est venue achever de s'écraser sur la moitié interne de la trochlée astragaliennne. Si l'effort avait continué, la luxation aurait été complète.

Nous dirons, en terminant, que nous avons trouvé du sang dans toutes les articulations tarsiennes et tarso-métatarsiennes, qui, du reste, ne présentaient aucune autre lésion.

Ont été nommés, dans le courant du dernier trimestre :

Membres adjoints :

MM. Bonfils,
Décès,
Godard,
Luys,
Vulpian.

Membre titulaire :

M. Vidal.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

XXIX^e ANNÉE.

Bulletin N^o 12. — Décembre 1854.

révisé

PAR M. LE DOCTEUR BAUCHET, SECRÉTAIRE.

SOMMAIRE.

Extrait des procès-verbaux des séances de la Société.

1. Apoplexies de la rate. — 2. Kystes de l'ovaire et de la trompe. — 3. Plaie du crâne. — 4. Hypertrophie mammaire. — 5. Fausse route dans l'urètre. — 6. Oblitération du pavillon de la trompe; corps jaune, etc. — 7. Hydro-hématocèle, décorication. — 8. Kyste à l'entrée des fosses nasales. — 9. Anomalie dentaire. — 10. Ostéite de l'os coxal et du fémur.

OBSERVATIONS. — Atrophie des nerfs optiques, par M. Bastien, interne des hôpitaux.

— Plusieurs exemples de corps étrangers articulaires. — Luxation de l'astragale et du cuboïde; par le docteur Foucher.

— Grossesse extra-utérine, etc. — Tumeurs abdominales, opération césarienne, etc.; par M. T. Gallard, interne des hôpitaux.

— Hydatides du foie, de la rate, des poumons, par M. Pinaut, interne des hôpitaux. — Extrait du rapport de M. le docteur Houël.

PRÉSIDENT DE M. CRUVEILHIER.

1. *M. Barth* présente une *altération remarquable de la rate*, pesant 3 kilogrammes 50 grammes.

Cette pièce provient d'une femme âgée de soixante et un ans, concierge, habituellement bien portante, d'une assez bonne constitution. Elle n'a jamais quitté Paris; elle n'a jamais eu d'accès

de *fièvre intermittente*. M. Barth a insisté sur ce point : il a multiplié auprès de la malade ses interrogations, et il peut affirmer qu'il n'y a jamais eu d'accès.

Le début de la maladie remonte à deux ans. La cause en est restée tout à fait ignorée. Le mal a commencé sourdement, lentement, et n'a provoqué qu'un peu de pesanteur, surtout dans l'hypochondre gauche.

Il y a trois mois, cette femme fit une chute, et alors elle ressentit des douleurs assez vives et dut s'aliter. Quelques sangsues furent appliquées sur le point douloureux, à la partie supérieure et gauche du ventre, et la malade se remit assez bien et put reprendre ses occupations.

Cependant, dès avant cet accident, le ventre avait grossi, quoique lentement. A partir de ce moment, il augmenta plus vite de volume, et la malade entra à l'hôpital le 15 novembre 1854.

Cette femme est amaigrie, mais elle n'offre pas une teinte cachectique ; les lèvres sont colorées. Le ventre est gros, il contient un peu de liquide. Mais, outre le gonflement de l'ascite, on sent une tumeur, placée dans l'hypochondre gauche, descendant de haut en bas et de dehors en dedans vers l'ombilic, qu'elle dépasse à droite et en bas de trois travers de doigt. On pouvait très bien suivre et circonscrire la tumeur en bas et à droite par la palpation et par la percussion. Mais en haut et à gauche, on sentait qu'elle s'enfonçait profondément sous les fausses côtes, et les doigts ne pouvaient pénétrer plus avant. Par la percussion, on trouvait de la matité très marquée, matité remontant très haut, mais que l'on ne pouvait limiter que d'une manière vague.

La première idée qui se présentait alors était celle d'une *hypertrophie* de la rate. Cependant, la rate hypertrophiée ne descend pas ordinairement vers l'ombilic, et gagne plutôt la fosse iliaque gauche avant de dépasser la ligne médiane.

Ces hypertrophies de la rate ont été étudiées avec soin dans leurs symptômes, un peu moins dans leurs causes. On les rencontre fréquemment dans plusieurs espèces de fièvres continues, dans les fièvres graves, dans les fièvres intermittentes, mais rarement on les trouve aussi volumineuses que dans ce cas ; et de plus, rien dans les antécédents de cette malade ne pouvait nous faire adopter cette étiologie.

On ne pouvait pas songer non plus à ces hypertrophies de

la rate que l'on observe quelquefois après le cancer du foie.

On trouve bien des cas de rate volumineuse sur des individus sains, sans fièvre intermittente, mais il y a alors des altérations particulières du sang qui ressemble un peu à du chocolat, et qui renferme une grande proportion de globules blancs. Cette malade n'a point un aspect cachectique; elle n'a jamais eu d'hémorragie sur aucun autre point du corps; et la pièce qui est mise sous nos yeux n'a point l'aspect, la forme, la texture des rates que l'on trouve dans la *leukémie*.

On prescrit à la malade des onctions sur le ventre, des diurétiques; l'ascite diminue. Vers le 15 décembre, il survient une diarrhée assez abondante. On se borne à la modérer, espérant bien que le liquide du ventre diminuerait promptement. En effet, l'ascite disparaissait, lorsque cette femme fit une chute: elle tomba de son lit en voulant se lever. Il survient des douleurs abdominales, de la péritonite: la malade meurt.

Autopsie. — On trouve des traces de péritonite récente et partielle, un peu d'injection; un peu de sérosité, pas de perforation, pas de matière fécale dans le ventre; mais des adhérences entre les intestins, entre les organes abdominaux, des vestiges de péritonite ancienne.

La *rate* est énorme. On enlève avec soin tous les organes abdominaux, afin de laisser la rate intacte et de terminer l'autopsie par son examen. La *veine splénique* est recherchée avec soin, et, comme on peut le voir, *elle est oblitérée*, convertie presque en un cordon fibreux, au moment où elle émerge de la rate. Les *vaisseaux courts* sont *atrophies*. Le grand cul-de-sac de l'estomac n'est pas distant de la rate de plus de 1 centimètre: il y est fixé par des adhérences assez solides, et au milieu de ces brides fibreuses on voit à peine le vestige des vaisseaux courts.

Quant à la *rate* elle-même, elle nous offre une altération que l'on pourrait appeler une *hypertrophie hémorrhagique*. Elle n'offre pas une teinte uniforme, mais des lésions différentes suivant les points que l'on examine. Ici, de la matière fibrineuse jaunâtre; là, la coloration de la chair musculaire; plus loin, on trouve encore l'aspect de la boue splénique, à côté de foyers hémorrhagiques semblables aux apoplexies pulmonaires, à côté de noyaux décolorés d'apoplexies anciennes. Dans des endroits, on trouve des foyers hémorrhagiques bien limités, bien circon-

scrits ; dans d'autres, de l'apoplexie diffuse. La forme de la rate est profondément changée. Sa consistance est variable, dure, friable, molle, presque fluctuante, suivant les points que l'on touche, suivant qu'ils correspondent à tel ou tel degré de l'altération qui a été notée plus haut.

Si l'on emploie le mot hypertrophie pour définir cette lésion, c'est en tant que ce mot ne s'applique qu'à l'augmentation considérable de volume de l'organe.

En parcourant les observations d'hypertrophie de la rate, on ne trouve pas notée l'oblitération de la veine splénique. Quelle est la valeur de cette altération ? Y a-t-il eu hypertrophie de la rate avant l'oblitération de la veine splénique, ou cette altération a-t-elle précédé et déterminé l'hypertrophie ? Cette dernière hypothèse paraît la plus probable.

Les traces de péritonites ancienne et récente rendent assez bien compte des symptômes, des exacerbations, qu'on a observés pendant la vie.

M. Cruveilhier pense aussi que l'oblitération de la veine splénique a précédé la production des foyers hémorrhagiques et l'hypertrophie de la rate. L'oblitération des veines est dans un grand nombre de cas une cause d'hémorrhagie. Il a fait des expériences sur les animaux, et chez eux l'oblitération des veines a été suivie de la production des foyers hémorrhagiques. Continuant cette idée, *M. Cruveilhier* a essayé de produire l'oblitération des sinus de la dure-mère, bien persuadé que cette lésion amènerait des hémorrhagies cérébrales. Il ne put y parvenir. Or, *M. Tonnellé* a présenté à l'Académie une pièce qui venait confirmer cette opinion de *M. Cruveilhier*. Dans ce fait, il existait une inflammation des sinus, et une foule de petits foyers apoplectiques du cerveau. *M. Cruveilhier* a observé aussi, dans des cas d'apoplexie pulmonaire, des phlébites oblitérantes des veines de mêménom.

Ces faits viennent apporter une certaine valeur pour expliquer cette maladie de la rate, surtout quand on réfléchit que cet organe n'a qu'une seule veine.

M. Blain des Cormiers parle d'une malade couchée à l'hôpital de la Charité, qui est atteinte d'une *hypertrophie de la rate*, mais dont le sang renferme une grande proportion de globules blancs.

M. Verneuil fait remarquer que dans la leucémie, dans la maladie à globules blancs, le système lymphatique abdominal, ganglions, etc., suit le développement de la rate, qui, du reste, ne présente jamais l'aspect de celle qui est mise sous nos yeux.

M. Barth a fait l'autopsie avec le plus grand soin, et les ganglions abdominaux n'étaient point hypertrophiés.

M. Verneuil a vu aussi un exemple d'*apoplexie de la rate* chez un jeune homme qui a succombé dans l'espace de quinze à vingt jours. A l'autopsie, on a trouvé une tumeur sanguine de la grosseur d'un poing, entre la capsule fibreuse et le tissu de la rate. Ce malade avait présenté des accidents intermittents.

M. Barth ajoute quelques mots sur les foyers hémorrhagiques. Dans certaines pyrexies, on voit tout à coup les malades se plaindre de douleurs vives dans le côté. Il ne serait pas surpris que ces douleurs eussent pour point de départ de semblables apoplexies.

M. Barth a aussi observé, chez la malade qui fait le sujet de cette présentation, un phénomène assez curieux. Le poulx avait de 60 à 65 pulsations; le cœur battait deux fois plus vite, de sorte que, pour deux battements de cet organe, il n'arrivait au doigt appliqué sur l'artère radiale qu'une seule impulsion.

Il n'a rien trouvé du côté du cœur qu'une plaque de péricardite ancienne.

2. *M. Boscredon* montre un kyste de l'ovaire très volumineux. La femme ne s'en était aperçue que depuis quatre mois, époque à laquelle, pour la première fois, elle éprouva des douleurs dans la fosse iliaque droite. Le kyste grossit rapidement. Il n'y eut pas d'autres signes, au début, que ces douleurs. La menstruation fut toujours régulière.

La tumeur avait son grand diamètre, non dans le sens vertical, mais dans le sens transversal; l'utérus avait son volume et sa mobilité normale; la fluctuation était évidente. La malade fut prise de vomissements répétés; elle succomba six ou sept jours après son entrée à l'hôpital.

L'intestin est refoulé à droite et à gauche, et se trouve presque complètement caché par la tumeur. C'est ce qui explique pourquoi, pendant la vie, on avait trouvé de la matité presque partout. Deux ponctions furent faites: la première donna issue à quelques cuillerées de liquide filant; la seconde amena le même résultat.

On voit, sur la pièce, un vaste kyste divisé en plusieurs loges, dont l'une surtout, en haut et en avant, est très grande et contient un liquide filant, gélatiniforme. Au-dessous de cette poche, plusieurs autres kystes de grandeur variable, remplis de la même substance, et communiquant entre eux à l'aide d'ouvertures séparées les unes des autres par des brides, des valvules, etc.

A la partie postérieure de cette poche immense, multiloculaire, un autre kyste renfermant un liquide différant du précédent par sa couleur et sa consistance, donnant à cette poche une coloration plus bleuâtre. De ce kyste part un conduit allant aboutir à l'un des angles de l'utérus. Ce kyste est un *kyste du pavillon de la trompe* ; ce conduit est le canal de la trompe.

M. Verneuil a étudié la structure du liquide de la première poche. C'est une matière gélatiniforme, répandue dans les diverses loges, qui diffère de couleur, mais non de structure, suivant les endroits où on l'examine. C'est une matière colloïde amorphe ; en certains points, des stries blanchâtres formées par des débris épithéliaux, des corpuscules granuleux et des gouttelettes graisseuses en petite proportion. Il fait remarquer la grande vascularité de la paroi de ces kystes, la richesse des réseaux vasculaires. Cette multiplicité des vaisseaux peut expliquer pourquoi l'on trouve parfois un liquide rougeâtre, couleur chocolat.

M. Verneuil s'élève contre la distinction des kystes, adoptée dans un grand nombre d'ouvrages étrangers, en *kystes stériles* (uniloculaires) et *kystes prolifères* (multiloculaires). On suppose qu'il y a formation de toutes pièces de ces kystes, à côté les uns des autres, par une production endogène, comme les cellules engendrent les cellules. Non, ce sont ici des kystes multiples, et non des kystes prolifères. Quand on étudie le mode de cloisonnement, on voit qu'un certain nombre de petits kystes se trouvent, dans les cloisons, correspondant à un follicule. Ces petits kystes se seraient ultérieurement développés et auraient donné lieu à des loges semblables à celles qui existent. En plusieurs endroits, entre chaque poche, entre chaque kyste, on peut disséquer deux ou trois parois distinctes ; on peut reconnaître encore un revêtement épithélial sur chaque surface libre, et au centre un revêtement fibreux. L'épithélium, en quelques endroits, a toute sa pureté, comme dans les vésicules de de Graaf. On a si-

gnalé dans ces sortes de kystes la présence de quelques petites tumeurs, en forme de chou-fleur. Ces tumeurs, quand elles existent, sont formées par de l'épithélium.

3. *M. Chairou* présente une pièce qu'il a recueillie à l'hôpital des Incurables sur un homme mort d'érysipèle : c'est la calotte du crâne, sur laquelle existe une assez grande perte de substance.

Cet homme, en 1848, reçut à Pesth (Hongrie) un éclat d'obus sur la partie supérieure de la tête. Il sortit des portions d'os, et il resta une plaie assez large, suppurante, d'où s'échappaient de temps en temps de petits noyaux osseux. Cet homme ne souffrait nullement, et avait l'intelligence très nette, très intacte. On trouve toute la plaie reconverte par une membrane paraissant faire suite au périoste, de petits flocs de tissu osseux complètement formés. Toute la surface externe est rugueuse, inégale, présentant des pertes de substance plus ou moins profondes. La dure-mère est très adhérente aux os en ce point ; elle n'a pas d'adhérence avec la masse encéphalique. On trouve seulement sur la surface cérébrale, dans le point correspondant à la plaie, quelques plaques blanchâtres.

4. *M. Broca* montre une *hypertrophie partielle de la mamelle*, enlevée par *M. Ad. Richard*. On trouve la coloration, la consistance ordinaire de ce genre d'altération. Elle est formée de culs-de-sac glanduleux, d'éléments fibro-plastiques, de noyaux libres, de tissu fibreux. On voit même quelques petits kystes. *M. Broca* a disséqué avec soin cette pièce, et l'on voit très bien un pédicule allant de la tumeur à la portion de glande qui a été emportée avec la tumeur. Ce pédicule est dur, résistant, comme fibreux. Il se continue manifestement de la portion de glande hypertrophiée à la partie de la glande qui est saine.

M. Velpeau est d'accord avec tous les auteurs sur la structure de cette espèce de tumeur ; mais, pour lui, ce n'est pas une hypertrophie de la glande : tout le monde connaît sa théorie. *M. Paget*, lui aussi, ne veut pas admettre que ce soit une hypertrophie de la glande. Sa théorie est même assez singulière. Il admet d'abord la formation d'un kyste, puis sur l'un des points de la paroi interne de ce kyste se développe une espèce de végétation qui grandit, grossit peu à peu, jusqu'à ce que, à un moment donné, il n'y ait plus d'intervalle entre le kyste et la tumeur. Puis la tumeur peut continuer à se développer, etc. Pour

M. Velpeau, ce qui caractérise ces tumeurs, c'est qu'elles n'ont aucune adhérence et peuvent toujours s'énuccléer. Elles sont complètement isolées et indépendantes. **M. Paget**, pour appuyer sa théorie, se fonde sur le fait que, quand on dissèque le kyste et qu'on le renverse, on trouve toujours un point où la tumeur a conservé des adhérences. C'est le point où la tumeur s'implante sur la paroi du kyste.

M. Broca a présenté cette pièce pour bien faire voir le pédicule qui l'unit à la glande. Son opinion est arrêtée, du reste, depuis longtemps sur ce point d'anatomie pathologique.

5. M. Fano montre une fausse route dans l'urèthre, au niveau de la portion prostatique, et sur la paroi supérieure. C'est sur cette face qu'on trouve surtout répandues les lacunes de Morgagni. Le bec de la sonde aura pénétré dans une de ces lacunes et aura produit la fausse route. On la voit très bien en la soulevant à l'aide d'un stylet. La muqueuse est décollée dans l'étendue de 1 centimètre environ, et forme comme un pont, au-dessus duquel glisse le stylet. La prostate est saine.

6. M. Barnier présente un *utérus* recueilli chez une femme de vingt-cinq ans morte à Lourcine d'une double pleurésie.

Cet *utérus* offre une *antéflexion* très prononcée. Le sinus de l'angle, formé par le corps et le col de la matrice, est de 90 degrés environ. Le corps est très mobile au niveau de la flexion. Les ligaments ronds et larges étaient lâches.

L'*ovaire* droit est fixé derrière le corps de l'*utérus* par des adhérences celluleuses, suite de péritonite partielle. Il faut remarquer l'*oblitération complète du pavillon de la trompe*, ce qui vient démontrer une fois de plus la possibilité de la formation des corps jaunes en dehors de la grossesse.

L'*ovaire* présente un orifice de 3 à 4 millimètres de diamètre, arrondi, à bords tranchants, formés par le stroma externe. Au centre de cet orifice, on aperçoit, faisant une légère saillie, un corps arrondi. Pour mieux l'étudier, on ouvre la cavité qui le renferme. Après la coupe, on aperçoit d'abord une première membrane formée par la tunique fibreuse et les cloisons que celle-ci envoie à l'intérieur de l'*ovaire*. Sa surface interne est jaune, tachetée de quelques points noirs et ressemble à la substance corticale de la capsule surrénale. On n'y constate, d'ailleurs, aucun pli. A l'intérieur de cette membrane, qui forme

une cavité de 8 à 10 millimètres de diamètre, nous trouvons un corps arrondi, mou, ayant la consistance d'un caillot de nouvelle formation. La couleur est jaune rougeâtre, comparable à celle de la rouille; il est séparé de la membrane la plus externe par une membrane mince d'un tiers de millimètre environ, fragile, légèrement extensible, semblable, jusqu'à un certain point, aux couches stratifiées que forme le sang dans certaines cavités, de sorte qu'il est difficile de se prononcer sur la nature et l'origine de cette membrane.

On voit par cette pièce, que ce n'est point, comme le croyaient les anciens, le caillot sanguin qui est destiné à former le *corps jaune*, puisque déjà nous apercevons sur la membrane externe le commencement de celui-ci. Il faut donc se rallier à l'opinion de Baër, Valentin, Bischoff, Coste, etc..., et considérer le corps jaune comme formé par une des membranes du follicule de de Graaf, sans pouvoir décider si la couche jaune est une pullulation et un épaissement en dedans de la membrane propre du follicule, comme le veut Bischoff, ou une substance de nouvelle formation en dehors du follicule et en contact avec le stroma, comme le pensent Home et Lee. On remarque, sur cette pièce, le volume considérable du corps jaune et du caillot qu'il renferme après que quatre semaines se sont écoulées depuis la dernière menstruation; de sorte qu'au retour des règles, l'ovaire aurait dû présenter deux corps jaunes, si, d'après les idées de Négrier, etc..., un *corpus luteum* se développait à chaque époque menstruelle; mais il est si rare de rencontrer plus d'un corps jaune à la fois, que l'on peut se demander s'il ne faut pas se rapprocher de l'opinion de Bischoff, qui pense qu'un corps jaune n'arrive à son complet développement qu'après plusieurs menstruations.

Rien ne peut porter à supposer que ce corps jaune aurait succédé à une fécondation.

7. *M. Bauchet* présente une *fausse membrane* qui tapissait la *tunique vaginale* chez un malade opéré d'une *hydro-hématocèle* par *M. Gosselin*. Le procédé qui a été mis en usage est la *décor-tication* (1).

(1) *Mémoire sur l'hématocèle*, par *M. Gosselin*. (*Archives générales de médecine*.)

Le malade est âgé de dix-huit à vingt ans, d'une bonne constitution, d'une bonne santé habituelle. Il portait, dans le scrotum, et sur l'un des testicules, une tumeur, grosse à peu près comme le poing, dure, rouge, un peu bosselée, et douloureuse à la pression. Mais cette rougeur et cette douleur ne dataient que de quelques jours, et étaient survenues à la suite d'efforts que le malade avait faits. L'origine du mal remontait déjà à six ou huit ans ; il était survenu lentement, graduellement, et sans provoquer de douleur, que dans les jours qui ont précédé l'entrée du jeune homme à l'hôpital. Le malade affirme bien qu'il n'a pas reçu de coup, qu'il n'a pas fait d'effort, que son testicule s'est développé, non brusquement, mais petit à petit. En saisissant la tumeur entre les doigts, et en pressant alternativement en avant et en arrière, avec une main, tandis que l'autre est immobile dans un point opposé, on sentait une fluctuation douteuse.

M. Gosselin diagnostiqua : *Hydro-hématocèle avec épaissement et induration de la tunique vaginale, dans laquelle il est survenu accidentellement une bouffée inflammatoire.*

Quelques jours après, la bouffée inflammatoire avait disparu, la tumeur était un peu moins tendue, surtout bien moins douloureuse à la pression, mobile sous la peau, qui avait repris sa coloration normale, et la fluctuation paraissait moins douteuse.

M. Gosselin se décida à opérer ce malade.

Une ponction est faite : il sort à peu près deux verres d'un liquide rougeâtre, un peu épais, rappelant la couleur du sang dans les épanchements déjà anciens. La poche vidée, on trouve les parois épaisses, dures, donnant la sensation que produirait, entre les doigts, un gros drap, plié en plusieurs doubles. Alors, M. Gosselin remplit le sac avec de l'eau, enlève la canule du trocart et fait, sur la partie antérieure de la tumeur, une incision longue de 5 à 6 centimètres. Le liquide s'écoule, et le doigt, introduit dans la tunique vaginale, fait sortir des caillots, des détritrus, des débris de fibrine. Alors, en examinant l'un des bords de l'incision, on voit plusieurs couches stratifiées. M. Gosselin saisit avec deux pinces la couche la plus interne, puis il la décolle, tantôt en tirant les deux pinces en sens contraire, tantôt en s'aidant du tranchant ou du manche d'un scalpel. Il peut ainsi extraire la fausse membrane, qui est montrée à la Société,

et qui est presque partout continue. Au niveau du testicule, cette membrane lui est unie si intimement, qu'il n'est pas possible de la détacher.

En agissant ainsi, M. Gosselin a pour but de faire suppurer la poche; mais, au lieu d'une surface inégale, rugueuse, et qui est peu propre à se recouvrir de bourgeons charnus, il laisse, exposée à l'air, une membrane mieux organisée, plus vasculaire, sur laquelle se développera vite la membrane pyogénique. Il veut éviter une suppuration longue, et surtout une suppuration de mauvaise nature.

Pénétré de cette idée que l'épididyme et le testicule sont souvent dissociés, que l'on ne peut pas bien connaître leur position respective, il cherche à éviter de léser l'un ou l'autre. Cet accident sera bien mieux évité que par les incisions multiples, et surtout par l'excision. Si la première incision n'a pas intéressé d'emblée l'un de ces organes, il n'a rien à craindre pendant la décortication.

M. Gosselin pense bien qu'un testicule, dans ces circonstances, surtout quand on songe aux accidents qui peuvent résulter de l'orchite, par exemple, est peut-être un organe inutile; il ne blâme, ni la castration, ni les sétons, mais il préfère ce procédé, qu'il appelle *décortication*.

C'est au moins la quatrième fois que M. Gosselin emploie ce procédé avec succès. Ce dernier malade est sorti de l'hôpital, bien guéri, trois semaines après son opération.

M. Bauchet a aussi employé le même procédé sur un malade qu'il a opéré récemment; et il a obtenu un résultat fort satisfaisant.

Sur la pièce qui est présentée à la Société, on peut constater :

Que la surface libre de la fausse membrane est rugueuse, inégale, et peu organisée, peu propre à se recouvrir de bourgeons;

Que sur plusieurs points, on voit de petites ulcérations, à bords nets, comme taillés à l'emporte-pièce; quelques-unes ne sont pas encore bien formées et sont encore couvertes par un caillot récent. Ces ulcérations sont dues à des épanchements sanguins interstitiels, et donnent l'explication des hémorrhagies qui surviennent de temps en temps dans les hématocèles ou dans les hydrocèles.

Il serait impossible, sur de semblables pièces, de retrouver

d'une manière exacte les diverses enveloppes du testicule, et surtout la tunique vaginale.

La séreuse a perdu sa consistance et son aspect, du moment où, à sa surface interne, s'est déposée une fausse membrane, du moment où elle a été en contact avec des caillots.

En procédant à la décortication, on enlève la couche la plus interne, la plus inégale, la plus rugueuse, la plus informe; mais on ne peut pas affirmer que la tunique vaginale reste intacte, ou qu'il n'y ait pas un feuillet de nouvelle formation, bien organisé, situé entre elle et la couche que l'on enlève.

8. *M. Rouet* présente un *petit kyste*, gros comme une noisette, placé à l'entrée des *fosses nasales*, qu'il a recueilli sur un cadavre.

Ce petit kyste est situé sur le plancher des fosses nasales, et s'est creusé comme une petite loge à l'entrée de la narine droite. Ses parois, que l'on détache aisément de l'os, sont assez épaisses; il est recouvert par la muqueuse. Son contenu est liquide, un peu visqueux et jaunâtre. On ne le voyait pas, quand on examinait le cadavre en face. Ce n'est qu'après avoir pratiqué une coupe du pharynx, après avoir ouvert la paroi postérieure de cet organe, qu'on voyait la narine comme fermée par un soulèvement qui était produit par ce kyste.

9. *M. Rouet* montre une seconde pièce : une *anomalie dentaire*. C'est une dent enchâssée dans la voûte palatine, entre les apophyses palatines de l'un et l'autre maxillaire supérieur, à peu près à la partie moyenne de leur suture.

Cette pièce assez curieuse viendrait peut-être, comme le fait remarquer *M. Bauchet*, appuyer l'idée de l'existence et du développement des os incisifs. Mais elle perd de sa valeur, parce qu'on ne sait pas le nombre des dents du sujet sur lequel cette pièce a été trouvée, par hasard.

10. *M. Foucher* fait passer sous nos yeux une *ostéite raréfiante du fémur* et de l'*os coxal* (côté gauche) trouvée à l'École pratique sur le cadavre d'un enfant de sept à huit ans. On voit la jambe gauche fléchie sur la cuisse, et la cuisse sur le bassin et légèrement tournée en dehors. Les parties molles sont infiltrées de pus dans la cuisse, la fosse iliaque et les fesses. Le fémur est fixé à angle droit sur l'os iliaque : son extrémité supérieure boursoufflée, très spongieuse, recouverte de stalactites osseuses, est formée d'un tissu

spongieux très raréfié et enveloppé d'une lame compacte très mince. La tête de l'os, déformée, dépouillée de cartilage, repose dans une cavité cotyloïde, large et perforée à son centre. Une saillie osseuse, recourbée en crochet, passe en avant de la branche horizontale du pubis, et fixe le fémur dans sa position. L'os iliaque, très déformé, est épais, boursoufflé, formé d'un tissu très raréfié, avec une lame compacte très mince, criblée de trous. A la face interne de l'os, on trouve çà et là des groupes d'aiguilles perpendiculaires à l'os, analogues à celles que l'on a indiquées dans une des formes du cancer du périoste.

OBSERVATION.

Atrophie des nerfs optiques. — Par M. Bastien, interne des hôpitaux.

Le 14 octobre 1854 est entré, salle Sainte-Marthe, n° 21, le nommé H., C., âgé de soixante-quinze ans, monteur en bronze, demeurant rue de Poitou, n° 21.

Constitution affaiblie et délabrée par l'âge, le travail et les privations. Sourd, aveugle, il boite. Il vient de faire une chute de la hauteur de sa chaise, et de se fracturer l'extrémité externe de la clavicule gauche, un peu en dehors de l'apophyse coracoïde. Il ne saurait nous dire avec précision, quelle est la partie du corps qui a porté. Cette fracture présente tous les signes classiques : légère saillie du fragment interne en haut, appréciable au toucher ; crépitation ; douleur locale assez vive ; légère ecchymose ; peu de gonflement ; mouvements possibles, etc. Le malade reste quelques jours dans la salle ; mais bientôt il est pris du choléra, et nous recueillons les renseignements suivants sur ses nombreuses infirmités :

Il nous raconte que, dès son enfance, il a été sujet aux maux d'oreilles, qu'il a souffert beaucoup vers l'âge de quinze à seize ans, mais qu'il n'a l'ouïe dure que depuis ces derniers temps.

En 1803, *rhumatisme articulaire* aigu. Toutes les jointures ont été prises.

En 1804, *hernie inguinale* du côté droit, survenue à la suite d'un faux pas. Il a toujours porté un bandage depuis. Sa hernie n'a jamais été qu'à l'état de bubonocèle, et maintenant encore

elle rentre et sort comme le premier jour. Elle est petite, ne s'est jamais enflammée.

En 1816, *sciatique, rhumatisme goutteux*, dont il souffre encore aujourd'hui.

En 1829, *fracture du col du fémur*. Il traversait la rue et s'est trouvé fortement heurté et jeté à terre par un cheval, qui venait au galop derrière lui. Il est tombé sur le dos, a pu se relever, et même monter et descendre deux étages, en se soutenant sur le bras d'un parent. Se sentant mal, il veut s'asseoir, et c'est en s'asseyant, *dit-il*, que la fracture s'est produite, et qu'il a eu le fémur éclaté.

Après un séjour au lit de près de cinq mois, il commence à sortir avec des béquilles. Il boite depuis lors; sa jambe, de ce côté, est plus courte d'un pouce. Il marche bien, *dit-il*; cependant, il éprouve de temps en temps des douleurs dans le siège de la fracture. Ce sont probablement les douleurs de sa sciatique.

Il y a quatre ans (auparavant sa vue était bonne), il a eu une série d'ophtalmies sur les deux yeux. Il souffrait beaucoup, ne dormait ni le jour ni la nuit. Un médecin, qu'il consulta alors, lui dit qu'il n'avait ni cataracte, ni amaurose; il n'avait pas d'opacité dans le champ de la pupille. Puis sa vue s'affaiblit. Il y a deux ans qu'il ne voit plus du tout. Il ne distingue pas le jour de la nuit. Son attitude est celle d'un amaurotique, ses pupilles sont immobiles. Ses deux cornées sont louches, sémi-opaques, ramollies, ulcérées; elles portent les traces d'inflammations profondes et répétées. Dans l'œil droit, on trouve une cataracte, que l'on voit parfaitement, malgré la teinte louche de la cornée.

Il a l'ouïe dure depuis quatre ans. Il entend mieux du côté droit que du côté gauche. L'affaiblissement de l'ouïe aurait commencé en même temps que l'affaiblissement de la vue, c'est-à-dire il y a quatre ans.

Ce malade meurt du choléra.

Autopsie. — Lésions qui ont été observées du côté de l'organe de la vision.

Les deux cornées sont excessivement amincies. La circonférence scléroticale, dans laquelle elles s'enchaînent, est trois fois plus épaisse qu'elles. Elles sont louches, ont perdu leur transparence. On y trouve plusieurs taches, au niveau desquelles leur opacité est complète. Les chambres de l'œil sont saines, l'humeur

aqueuse a conservé sa limpidité. Le cristallin de l'œil gauche est opaque. Rien d'anormal à signaler au corps vitré. La rétine est réduite à une pulpe molle ; on ne peut la détacher en membrane. Elle a conservé son adhérence à la papille du nerf optique qui paraît diminuée de volume. Les trajets orbitaires et crâniens des nerfs optiques, le chiasma, les bandelettes optiques, sont le siège de lésions importantes. Nous examinons successivement chacune de ces parties.

Les *nerfs optiques*, à leur sortie de l'œil, n'ont guère que la moitié de leur volume normal, ce que l'on voit parfaitement en les comparant à ceux d'un autre cadavre. Leur coupe est sèche, assez dure, au lieu d'être molle et humide comme celle d'un œil sain. Ils ont une teinte légèrement jaunâtre et sont un peu aplatis.

Depuis le trou optique jusqu'au chiasma, les nerfs optiques présentent à peu près les mêmes caractères que dans la portion que nous venons de voir. Ils sont aussi jaunâtres, aplatis, au lieu d'avoir une forme arrondie comme dans l'état normal. Leur volume est aussi diminué de moitié. Leur coupe est dure, sèche, comme fibreuse. On dirait qu'ils sont réduits à leur névrilème, ou au moins les tubes nerveux sont considérablement diminués ; leur contenu paraît vide. Ils se laissent difficilement déchirer.

Le chiasma a conservé sa forme régulière. Il est jaunâtre, aplati, au lieu d'être un peu gonflé, comme sur un cerveau sain. On dirait qu'il s'est en partie vidé. Son volume est réduit de moitié ; mais cette réduction, cette atrophie, porte également sur les deux côtés, ainsi que pour les autres parties du nerf. Nous soulevons la partie antérieure du chiasma, de façon à mettre à découvert les racines grises. Ces racines sont aussi atrophiées ; elles se déchirent moins facilement, et ont perdu en partie leur coloration grise pour en prendre une d'un blanc jaunâtre.

Les angles antérieurs du chiasma, ainsi que l'origine des nerfs optiques, sont en contact immédiat avec le commencement des artères vertébrales antérieures, dont les parois sont ossifiées, et compriment assez fortement le tronc nerveux. L'adhérence de ces artères avec le nerf est très intime ; il est difficile de les séparer. Nous ne pensons pas, cependant, que cette compression soit la cause de l'atrophie, car on ne remarque pas de déformation sur le point correspondant du nerf.

Les bandelettes optiques, se détachant des angles postérieurs du chiasma, pour se porter en arrière et en dehors entre le quadrilatère perforé et le tuber cinereum, sont aussi aplaties, jaunâtres et atrophiées de moitié. On les suit facilement jusqu'au bord antérieur des pédoncules cérébraux ; mais à partir de là, elles deviennent excessivement minces, et ne forment plus qu'une simple lamelle d'un blanc jaunâtre. On peut en suivre les traces, non sans assez de peine, jusqu'à la partie antérieure des deux corps genouillés.

La racine externe de la bandelette optique (celle qui va au corps genouillé externe) est moins apparente et plus difficile à apercevoir que l'interne. Une petite portion de cette racine externe se perd sur l'extrémité antérieure du corps genouillé ; l'autre, plus considérable, contourne le bord externe de ce corps et vient se terminer sur le commencement de la portion réfléchie du ventricule latéral.

La racine interne de la bandelette optique, un peu plus marquée à droite qu'à gauche, est aussi fortement atrophiée. Elle est plus grosse, fait plus de relief que la racine externe, et vient s'étaler et se perdre sur l'extrémité antérieure du corps genouillé interne. (Inutile de dire que pendant cette description nous avons sans cesse sous les yeux un cerveau sain à côté de notre cerveau malade.)

Les corps genouillés ont leur volume, leur consistance, leur forme et leur coloration normale. L'atrophie les a respectés, peut-être même sont-ils un peu augmentés de volume. Toujours est-il que leur volume, leur relief, leurs contours, sont plus marqués que sur le cerveau que nous avons pris comme point de comparaison.

En dedans et un peu en arrière du corps genouillé interne, dans le fond du sillon de séparation du corps genouillé et du bord postérieur du pédoncule cérébral, on voit un gros faisceau blanc arrondi, parfaitement détaché, qui se porte en arrière et en dedans vers l'extrémité postérieure du tubercle quadrijumeau postérieur, dans la couche corticale duquel il se perd. Ce faisceau blanc n'est évidemment qu'en relation de voisinage avec le corps genouillé interne. Il ne paraît pas pénétrer dans son intérieur, mais bien glisser en dedans et au-dessus de lui, pour venir s'enfoncer directement dans l'épaisseur du bord postérieur

du pédoncule cérébral, entre l'étage inférieur et l'étage moyen. Son extrémité postérieure est en relation directe avec les *testes*. Quant à son extrémité antérieure, elle n'a aucun rapport, ni de position, ni de direction, avec le corps genouillé lui-même, et à plus forte raison avec la racine interne atrophiée de la bandelette optique. En effet, cette extrémité se suit jusque dans le pédoncule, elle est plane en dedans, et sur un plan supérieur au corps genouillé; un sillon profond la sépare de ce corps, et indique qu'elle n'a pas de relation intime avec lui. Au contraire, la racine interne du nerf optique atrophiée s'étale sur l'extrémité du corps genouillé qu'elle embrasse; elle est superficielle, beaucoup plus externe et plus inférieure. Sa direction la conduirait vers le tubercule quadrijumeau antérieur plutôt que vers le postérieur. Ajoutons que ce faisceau, que quelques auteurs considèrent comme la racine interne du nerf optique *ad testes*, a (sur le cerveau sain) un volume énorme comparativement à la bandelette qui va au corps genouillé, et que, sur la pièce pathologique que nous avons sous les yeux, ce faisceau est plus gros à lui seul que toute la bandelette optique elle-même à sa sortie du chiasma. Un coup d'œil jeté sur la pièce suffit pour démontrer que le faisceau blanc, allant au tubercule testes, n'est pas une racine du nerf optique. Ajoutons que la dissection que nous avons faite de ce faisceau nous a fait voir son indépendance, et du corps genouillé et de la racine optique. Cette pièce démontre donc que la racine interne du nerf optique ne va pas aux testes. En est-il de même de la racine externe relativement aux *nates*? C'est ce que nous ne saurions affirmer d'une manière aussi absolue, d'après l'inspection de la pièce que nous avons sous les yeux.

Au fond du sillon courbe de séparation des deux corps genouillés se trouve un autre faisceau blanc, parfaitement arrondi, bien détaché. Ce faisceau n'a guère que la moitié du volume du précédent; comme lui, il est mieux caractérisé, et plus gros que celui du cerveau sain, qui nous sert de comparaison. Il commence en avant, vis-à-vis l'extrémité antérieure du corps genouillé interne, sur le bord interne concave du corps genouillé externe, au niveau de son quart antérieur; se dirige ensuite en arrière et en dedans, en suivant toujours le sillon, pour venir contourner le bord externe et antérieur du tubercule quadri-

jumeau antérieur sur lequel il fait un léger relief. Il passe ensuite sur la ligne médiane, et se continue d'un côté à l'autre avec celui du côté opposé, en formant une sorte de commissure transversale au-dessous et en arrière des pédoncules de la glande pinéale et en arrière de la commissure blanche antérieure. Si on soulève la glande pinéale, et qu'on la renverse en avant avec ses pédoncules, on voit immédiatement au-dessous la commissure blanche, derrière laquelle se trouve le bord antérieur des nates avec le faisceau blanc, sorte de commissure, qui les réunit l'un à l'autre, et qui paraît être la continuation du faisceau que nous décrivons. Cette commissure se détache parfaitement sur la pièce, on la voit se continuer avec le faisceau qui va au corps genouillé externe. Entre les pédoncules de la glande pinéale et la commissure postérieure du cerveau qui sont en avant, et le bord antérieur commissural des nates qui est en arrière, se trouve un sillon profond qui arrive presque jusqu'à la face supérieure de l'aqueduc de Sylvius. Quant à l'extrémité antérieure du faisceau, elle se perd insensiblement sur l'extrémité antérieure du corps genouillé externe, qu'elle paraît traverser. Nous ne pouvons dire si elle se continue avec la racine externe du nerf optique; cependant son volume et sa direction semblent l'en rendre indépendante. La dissection que nous en avons faite rend à nos yeux cette continuation encore fort problématique. Ainsi qu'on l'a pu voir, la description de cette pièce confirme l'opinion de M. Cruveilhier sur l'origine des nerfs optiques, qui, pour cet anatomiste (première édition) n'iraient pas aux tubercules quadrijumeaux.

OBSERVATION.

Plusieurs exemples de corps étrangers articulaires.

Par M. le docteur Foucher.

Malgré les travaux auxquels s'est livrée la Société anatomique depuis quelques années sur la production des corps étrangers intra-articulaires; malgré le nombre considérable de pièces apportées devant elle et tendant à établir avec toute évidence que les corps étrangers sont des produits de nouvelle formation; malgré les efforts de MM. Deville, Broca, Verneuil et les miens,

pour montrer toutes les phases du développement de ces productions ; bien que ces efforts aient surabondamment prouvé que depuis la simple injection et les franges de la synoviale jusqu'aux corps étrangers encore mobiles, on peut suivre pas à pas la production nouvelle dans son développement ; enfin, malgré le tableau si lucide de ce développement présenté par notre collègue M. Broca dans son compte rendu, il y a encore des chirurgiens, qui ignorant ces recherches faites au sein de notre Société, ou, les interprétant mal, professent sur la production des corps étrangers les doctrines les plus singulières, et font revivre des opinions tout à fait surannées.

C'est là ce qui m'engage à mettre sous les yeux de la Société une série de pièces montrant les corps étrangers articulaires à leurs divers degrés de développement, et permettant une fois de plus de suivre la production nouvelle dans toutes les phases de son évolution.

Sur une pièce, on voit, au fond de la cavité cotyloïde, trois petites concrétions ostéo-cartilagineuses du volume d'une lentille, et suspendues par un pédicule filiforme et long de près de 1 centimètre. Ce pédicule est formé aux dépens de la synoviale qui tapisse l'arrière-fond de la cavité cotyloïde. Ces trois concrétions, dont chacune a son pédicule particulier, sont appliquées l'une contre l'autre, et peuvent flotter librement dans la cavité. A leur voisinage, la synoviale présente quelques brides renflées çà et là. Il est évident que ces concrétions sont formées sous la synoviale par l'épanchement plastique, qui se sera déposé çà et là dans les brides de la synoviale, formées elles-mêmes sous l'influence de l'irritation, et il est facile de comprendre que les petits pédicules qui les supportent, venant à se rompre, on aurait eu affaire à trois concrétions libres. Comment invoquer ici une fracture multiple, lorsque la tête du fémur n'offre aucune déperdition de substance ? Comment parler d'un épanchement de sang dans une telle région ?

Sur une deuxième pièce, on voit au-dessous de la rotule parfaitement intacte, dans l'épaisseur du ligament rotulien, une large plaque osseuse, ayant la forme d'un croissant à concavité tournée en haut et à convexité inférieure ; cette place osseuse n'a pas moins de 2 centimètres et demi de hauteur et de 6 centimètres de largeur ; son épaisseur est d'environ 1/2 centi-

mètre ; ses faces sont irrégulières, et marquées en partie par du tissu fibreux faisant suite au ligament rotulien. Il me semble difficile que l'on puisse encore ici, pour expliquer la formation de cette production osseuse extrasynoviale, invoquer un épanchement sanguin ; et l'état d'intégrité parfaite de la rotule ne permet pas de supposer l'existence d'une fracture.

Articulation du coude droit (Productions mobiles). — Sur un sujet d'une cinquantaine d'années (homme), le coude offrait une déformation notable ; cette déformation consistait en un gonflement irrégulier sans changement de couleur à la peau, gonflement qui portait surtout sur la face antérieure de la région. En la palpant, on voyait que ce gonflement était formé par des saillies dures et irrégulières, profondément situées, dont l'une, placée au niveau de l'épitrochlée, était plus considérable que les autres. Cette saillie était immobile, lorsque l'avant-bras était placé dans une extension forcée.

Les mouvements de rotation étaient limités, et la flexion n'avait conservé que la moitié de son étendue. Les autres articulations ne présentaient rien d'anormal.

Dissection. — Rien de particulier dans les muscles ; les ligaments sont intacts et normalement disposés. Le ligament antérieur est soulevé par la saillie indiquée plus haut.

Les surfaces osseuses sont déformées. La tête du radius est volumineuse, aplatie, et son bord, plus large que dans l'état normal, semble repoussé au dehors. L'apophyse coronoïde du cubitus, largement échancrée et irrégulière, offre sur son bord interne une saillie considérable, dont le pédicule est un peu rétréci ; la trochlée humérale est un peu aplatie, les bords en sont rejetés en dehors. L'apophyse olécrane est irrégulière, volumineuse, le condyle notablement déformé et recouvert d'un cartilage érodé ; la synoviale injectée offre dans ses divers replis ses franges irrégulièrement découpées, qui sont un caractère ordinaire de l'arthrite sèche.

Dans la cavité coronoïde, on trouve une production dure, irrégulière à sa face externe, lisse et polie à sa face profonde. Cette production, évidemment osseuse, a le volume d'une grosse noisette ; elle ne peut être aperçue qu'après la section des ligaments antérieurs qu'elle soulevait. Elle est complètement mobile.

Au bord externe de l'olécrane, faisant saillie sous le ligament

externe et s'appliquant par une de ses faces sur la face antérieure de l'olécrane, on trouve une production du même genre et du même volume complètement mobile. Ces deux productions étaient immobiles, lorsque les ligaments étaient intacts et tendus.

Sous le ligament annulaire du radius existent trois petites productions du volume d'une lentille et tenant encore à la synoviale.

Les mouvements de l'articulation occasionnaient des bruits rudes et faisaient pressentir, avec raison, qu'il n'y avait pas de liquide dans l'articulation.

Articulation du coude droit (Productions mobiles). — Sur un sujet d'une cinquantaine d'années, le coude offre une augmentation notable de volume. Les mouvements de flexion et d'extension sont limités, et en faisant exécuter au radius des mouvements de pronation et de supination, on perçoit dans l'articulation une sorte de crépitation; ces derniers mouvements, du reste, sont moins étendus. Par la dissection, on voit que le ligament antérieur est soulevé par une tumeur dure, à surface irrégulière, immobile pendant l'extension, et mobile dans la flexion de l'avant-bras. Au niveau de la ligne articulaire, sous le ligament latéral externe, dans l'angle formé par le bord externe de l'olécrane, le bord inférieur du condyle huméral et la tête du radius, on trouve une production osseuse du volume d'un gros haricot et aplatie transversalement, irrégulière à sa face externe, et lisse et polie à sa face interne, et recouverte d'une couche cartilagineuse, suspendue à la synoviale par un pédicule large s'insérant tout le long du bord supérieur de cette production.

Dans la cavité coronoïde de l'humérus, on trouve une production à surface externe rugueuse, et à surface interne polie, remplissant exactement cette cavité, pouvant se dégager avec facilité, ce qui permet de voir le fond de la cavité coronoïde tapissée d'un grand nombre de fibres transversales. Au-dessus du condyle huméral, à la partie antérieure, on trouve une production moins volumineuse que la précédente dans une dépression. Le fond de cette dépression est irrégulier, et présente plusieurs petites productions périostales à sommet arrondi et ostéo-fibreuses. Le sommet de l'apophyse coronoïdienne du cubitus a disparu. Dans la cavité olécranienne, on voit une production analogue aux pré-

cédentes, et remplissant cette cavité. Le bec de l'olécrane est échancré. L'olécrane a été fracturé à sa base. Il reste encore très mobile sur l'extrémité supérieure du cubitus. Entre les fragments, on trouve une masse fibro-cartilagineuse épaisse de 1 centimètre, adhérente au fragment supérieur par des liens fibreux occupant la couche superficielle et facile à en séparer dans sa partie profonde. Cette production, fibreuse en bas, n'adhère que par sa portion profonde. Entre la portion externe des fragments, on trouve une production mobile à surface libre, lisse, et concave à bord interne, adhérente par un gros lien fibreux et court à la production externe décrite précédemment. Sa surface profonde adhère au ligament latéral externe. Ses bords sont lisses et recouverts d'une couche cartilagineuse.

La face postérieure de l'olécrane est recouverte d'une couche fibreuse qui unit les deux fragments.

Les surfaces articulaires sont dépolies et le cartilage a disparu sur plusieurs points, et surtout au fond de la gorge de la trochlée. Au fond de la face postérieure de cette trochlée, on trouve deux saillies arrondies, à bords libres, et à base se continuant à cette surface articulaire.

Ces deux dernières pièces nous montrent des productions intra-articulaires, les unes mobiles, les autres tenant encore à la synoviale, arrivées à leur dernière période de développement. La multiplicité de ces productions, leur volume, leur irrégularité, leur coïncidence avec les autres lésions caractéristiques de l'inflammation chronique des jointures, ne permettent pas un instant de douter que ces productions soient dues à des dépôts de nouvelle formation se faisant sous l'influence de l'irritation. Sur la dernière pièce, l'olécrane étant fracturé, on a pu voir un petit fragment osseux jouer, jusqu'à un certain point, le rôle de production mobile, mais sans cependant revêtir complètement l'aspect de ces productions. Enfin, un dernier point qui ressort de l'examen de ces pièces, c'est que la mobilité n'est pas toujours facile à constater dans ces corps étrangers, parce qu'ils peuvent être bridés, serrés par les ligaments ou les capsules articulaires, qui alors les rendent tout à fait fixes dans certaines positions de la jointure, de sorte que l'examen clinique devra se faire dans toutes les positions du membre.

OBSERVATION.

Luxation de l'astragale par rotation autour de son axe vertical, avec luxation du cuboïde vers la face plantaire du pied. — Par M. le docteur Foucher.

Sur un sujet livré aux dissections de l'école pratique, le cou-de-pied du côté gauche présentait une déformation manifeste. En effet, on notait un aplatissement considérable du pied qui semble affaissé, de façon que la distance comprise entre les malléoles et la plante du pied est diminuée. L'axe du pied forme avec celui de la jambe un angle droit, le bord interne est légèrement élevé, de sorte que le dos du pied regarde un peu en dehors. La saillie du tendon d'Achille est effacée, de telle façon que l'on trouve en arrière une surface aplatie assez large. Les tendons des muscles jambier antérieur et extenseur sont saillants, et écartés l'un de l'autre. La malléole interne, très large, semble descendre plus bas que du côté opposé; du moins, la saillie osseuse qu'elle représente se prolonge très près de la plante du pied. On verra plus loin que cette saillie osseuse interne n'était pas tout entière formée par la malléole. Les mesures prises comparativement à gauche et à droite ont donné les résultats suivants :

De l'épine iliaque à la malléole interne :

| | |
|--------------------|-------------------|
| A gauche. | 0,89 centimètres. |
| A droite | 0,86 — |

De l'épine iliaque à la malléole externe :

| | |
|--------------------------|-------------------|
| Des deux côtés | 0,87 centimètres. |
|--------------------------|-------------------|

D'une malléole à l'autre, en passant sur le cou-de-pied :

| | |
|---------------------|-------------------|
| A droite | 0,13 centimètres. |
| A gauche, ... | 0,17 — |

D'une malléole à l'autre, en passant sous la plante des pieds :

| | |
|--------------------|-------------------|
| A gauche. | 0,14 centimètres. |
| A droite | 0,19 — |

En disséquant cette pièce, on rencontre les particularités sui-

vantes : La peau ne présente aucune cicatrice. Les tendons extenseurs sont soulevés, le tendon du jambier antérieur fait surtout une saillie considérable, et celui du jambier postérieur passe en avant de la malléole interne. Les artères sont intactes; seulement l'artère tibiale postérieure est passée en avant de la malléole interne. Le tendon du soléaire est appliqué contre la face postérieure des os de la jambe. Les mouvements de l'articulation tibio-tarsienne sont très limités.

L'astragale a subi sur son axe vertical un mouvement de rotation, en vertu duquel la tête de l'os, ayant abandonné la cavité scaphoïdienne, est venue se placer immédiatement au-dessous de la malléole interne, où elle forme une saillie qui se continue avec celle de la malléole, à laquelle elle adhère par un lien fibreux très épais. Cette disposition, que l'on n'avait pas reconnue avant la dissection, avait fait penser que la malléole se prolongeait beaucoup plus bas. La poulie astragalienne correspond encore à la mortaise tibiale, au-dessous de laquelle elle est transversalement située. La face externe de l'astragale regarde en avant, et est séparée de la face postérieure du scaphoïde par un hiatus profond rempli de tissu cellulo-graisseux. La face interne est tournée en arrière, et fait suite à la face postérieure de l'extrémité inférieure du tibia. La face ou plutôt le bord postérieur de l'astragale est tourné tout à fait en dehors, présente un véritable canal, dans lequel glisse le tendon fléchisseur commun, et est prolongé, au moyen de productions osseuses nouvelles, entre le calcanéum et le péroné. La face inférieure ne correspond plus au calcanéum que par sa moitié postérieure. Le calcanéum, situé immédiatement au-dessous du péroné, a une direction oblique d'arrière en avant et de dehors en dedans. Son extrémité postérieure se trouve au niveau des os de la jambe. Sa face supérieure, qui, dans l'état normal, correspond à l'astragale, est recouverte par la malléole externe, singulièrement élargie et déformée. Les bords de cette face sont irréguliers et déjetés en dehors, et tiennent au pourtour de la malléole par une capsule fibreuse. L'extrémité antérieure du calcanéum est reportée en dedans, et présente en avant une dépression, au fond de laquelle se voit le cuboïde. Cet os, que l'on n'aperçoit plus sur la face dorsale, apparaît à la face plantaire, où il forme une saillie considérable. Sa face postérieure correspond encore par sa moitié

supérieure à la face antérieure du calcaneum. Les faces antérieure, interne et externe, sont à peu près complètement libres. L'extrémité postérieure du cinquième métatarsien fait une saillie plus considérable qu'à l'état normal. Les métatarsiens et les phalanges n'offrent rien de particulier.

De cette disposition nouvelle des os, il résulte que le cou-de-pied présente un élargissement considérable, que la saillie du talon a disparu complètement, que le pied a perdu presque tous ses mouvements. Ces déplacements multiples, que présentent les os du pied dans ce cas, sont évidemment de date très ancienne. Ce n'est pas, du reste, le seul exemple que l'on rencontre dans la science, de luxation de l'astragale opérée par une rotation de l'os sur son axe vertical ; c'est là une variété de luxation dont le mécanisme nous paraît impossible à saisir.

Quant au déplacement du cuboïde, dont je ne connais pas d'autre exemple, on serait peut-être autorisé à le considérer comme consécutif.

OBSERVATION.

Grossesse extra-utérine prise pour une hématocele.—Ponction de la tumeur.
— Mort. — Autopsie. — Par M. Gallard, interne des hôpitaux de Paris.

Radignet (Marie) femme Walger, trente-deux ans, limonadière, entre le 3 novembre 1854 à l'hôpital Beaujon, n° 355 (service de M. Robert).

C'est une femme forte, bien constituée, n'ayant jamais eu de maladies graves, et ayant eu seulement de petites indispositions assez fréquentes dont il sera fait mention plus loin, car toutes paraissent avoir été sous l'influence de la menstruation.

Elle ne se rappelle pour tous antécédents pathologiques de son enfance, que quelques croûtes à la tête, dont l'apparition a coïncidé avec celle d'une ophthalmie qui n'a eu aucune gravité, et a duré seulement quelques mois. Elle a eu aussi la coqueluche.

Je dois à l'obligeance de mon collègue et ami, M. Pain, les notes qui ont rapport aux antécédents aussi bien qu'aux symptômes observés pendant la vie.

Cette femme raconte que vers l'âge de onze à douze ans elle toussait souvent, et que pendant ces deux années elle a été

presque constamment enrhumée, mais que cette toux a disparu immédiatement après l'apparition de ses règles, qui a eu lieu vers l'âge de treize ou quatorze ans. La menstruation s'est établie avec facilité et a continué à être régulière tous les mois depuis la première époque. Il arrivait fréquemment que les règles fussent moins abondantes, et qu'elles s'accompagnassent de malaise, de céphalalgie, de douleurs utérines et lombaires, accidents qui disparaissaient après l'application d'un petit nombre de sangsues. Deux fois pourtant, à seize et à vingt-trois ans, ces accidents furent plus sérieux, il y eut de la tension du ventre, de la fièvre, du délire même ; on eut recours aux évacuations sanguines plus vigoureusement que d'habitude : deux fois on appliqua vingt sangsues sur l'abdomen, on fit plusieurs saignées générales, et après une maladie qui, chaque fois, avait forcé la patiente à garder la chambre cinq ou six semaines, la santé se rétablit. Les règles présentent toujours la même régularité, quant à leur apparition, les mêmes variations en ce qui concernait l'abondance du flux sanguin, et les douleurs dont son écoulement était accompagné.

Depuis cinq ans qu'elle est mariée, elle n'a jamais eu de retards dans l'apparition de ses règles, elle dit seulement que pendant les premières années qui ont suivi son mariage elle a eu plus fréquemment de la céphalalgie et des nausées. Comme son mari était alors marchand de couleurs, elle attribue à l'odeur des essences et des vernis, qui l'incommodaient beaucoup, la plus grande fréquence des accidents qu'elle éprouvait, et assure positivement que ses maux de tête surtout sont moins intenses et reviennent moins souvent depuis que son mari a changé d'état.

Elle avait contracté l'habitude de se faire saigner et de se purger chaque année, habitude à laquelle elle a négligé de se conformer cette année à cause de l'invasion du choléra, et elle attribue à cette négligence certains malaises qu'elle a éprouvés au mois de juillet 1854, où elle a eu quelques étourdissements avec courbature, nonchalance, sensation de resserrement et de sécheresse à la gorge, inappétence, etc. Ses règles de juillet se sont montrées régulièrement et sans grandes douleurs, mais c'est au moment de leur apparition qu'ont eu lieu surtout les légers symptômes que je viens d'énumérer, et contre lesquels aucun traitement n'a été dirigé.

Au commencement du mois d'août, l'époque menstruelle est annoncée par l'apparition de quelques gouttes de sang seulement qui tachent le linge, et il survient le même jour des coliques utérines sourdes avec irradiation de la douleur dans la région lombaire; ces symptômes durent trois jours, pendant lesquels les règles ne se montrent pas, malgré l'application de serviettes chaudes sur le ventre et les cuisses, le repos et l'administration de boissons chaudes et légèrement excitantes (tilleul armoisé).

Au bout de trois jours il survient une véritable métrorrhagie, avec expulsion de caillots; les douleurs cessent, mais l'hémorrhagie persiste pendant tout le mois pour reprendre une nouvelle intensité en septembre, au moment de l'époque menstruelle. La malade est obligée de s'aliter, mais elle n'a pas de fièvre, elle éprouve surtout des coliques très violentes et une constipation opiniâtre. Son ventre n'est ni tendu ni douloureux à la pression; il n'y a ni vomissements ni symptômes fébriles.

Vers la fin de septembre, au moment même où la malade prend un lavement, il se développe subitement de nouvelles et plus vives douleurs, qui diminuent après l'administration de deux potions purgatives et plusieurs lavements. Cependant l'hémorrhagie persiste, le ventre augmente de volume; la constipation est toujours aussi grande, et l'appétit se perd.

Au commencement d'octobre, une nouvelle recrudescence des douleurs et de l'hémorrhagie, accompagnée cette fois, non-seulement de nausées, mais de vomissements de matières filantes, incolores, engage à prendre l'avis d'un nouveau médecin, qui conseille l'application de la glace en petits morceaux introduits dans le vagin. L'hémorrhagie diminue notablement sous l'influence de cette médication, mais ne disparaît pas d'une manière complète, les douleurs sont plus vives que précédemment; on cesse au bout de trois jours l'application de la glace, pour avoir recours à des potions dont la nature est inconnue à la malade. Enfin, vers les derniers jours d'octobre l'hémorrhagie cesse, les douleurs diminuent et disparaissent presque complètement, la malade peut se lever; son ventre est un peu moins gros, quoique toujours plus volumineux qu'à l'état normal: il y a toujours des nausées et de la constipation, mais plus de vomissements.

Le 29 octobre, elle se croit en état de quitter la chambre, et se hasarde à faire une assez longue course à pied; mais le soir elle

est extrêmement fatiguée, a des douleurs très vives dans les régions lombaire et hypogastrique, et se voit forcée de reprendre le lit. L'hémorrhagie n'a cependant pas reparu.

Depuis ce jour jusqu'à l'entrée de la malade à l'hôpital, le traitement a consisté uniquement dans le repos au lit, la diète, des applications émollientes sur le ventre, l'usage d'injections et de lavements émollients, et il n'est survenu aucun changement notable; c'est alors que son médecin lui conseille de venir à l'hôpital Beaujon.

La malade y entre dans la journée du 3 novembre. Le soir, elle n'est examinée que superficiellement, et comme il n'y avait pas eu de garde-robe depuis plusieurs jours, on prescrit un lavement émollient, qui est rendu seul quelques instants après.

Le 4 et le 5, l'examen complet de la malade est fait plus attentivement par M. Robert et par M. Huguier.

On trouve le ventre volumineux, présentant un développement analogue à celui qui se rencontre chez une femme arrivée au septième ou huitième mois de la grossesse. Le ventre est tendu, sans bosselures. La partie supérieure de l'abdomen donne un son clair tympanique à la percussion. La partie inférieure donne de la matité suivant une ligne irrégulière passant à quatre ou cinq travers de doigt au-dessus du pubis, et se prolongeant jusque vers la fosse iliaque gauche. La palpation n'est pas douloureuse; elle permet de constater qu'au niveau des points mats, il existe une tumeur non fluctuante, qui n'est pas adhérente à la fosse iliaque droite, et paraît se détacher de l'excavation. La sonde, introduite dans la vessie, donne issue à une assez grande quantité d'urine normale, bien que la malade ait uriné pendant la nuit.

L'examen des organes génitaux, la femme étant placée en travers sur son lit et soutenue par deux aides comme pour l'application du spéculum, donne les résultats suivants :

Le périnée est saillant comme celui d'une femme en couches, lorsque la tête descend dans l'excavation. La muqueuse vulvaire et vaginale ne présente pas de coloration anormale.

Par le toucher vaginal, on sent le col un peu volumineux et mou, porté en avant et un peu incliné à gauche derrière le pubis. Il est en même temps élevé et transporté au niveau du bord supérieur de la symphyse pubienne. En arrière du col,

embrassant toute sa demi-circonférence postérieure et revenant de chaque côté, de façon à ne laisser libre que sa face antérieure, on sent une tumeur qui repousse le cul-de-sac vaginal postérieur, et se prolonge dans la cloison recto-vaginale à peu près jusqu'au milieu de cette cloison. Cette tumeur n'est pas du tout douloureuse au contact du doigt, on n'y sent ni chaleur ni battement. En certains points elle présente de la mollesse et une fluctuation manifeste en arrière et un peu à gauche du col.

Par le toucher rectal, on retrouve cette tumeur dont on ne peut atteindre la limite supérieure avec le doigt, mais à l'aide de la palpation hypogastrique, combinée avec le toucher vaginal, on sent bien manifestement qu'elle se continue avec celle qui existe à l'hypogastre. Si l'on pratique simultanément le toucher vaginal et le toucher rectal, on limite parfaitement entre les deux doigts la portion de tumeur qui se prolonge dans la cloison recto-vaginale, et l'on sent que les deux couches de cette cloison sont décollées jusqu'à une très petite distance du périnée. C'est dans cette région que la tumeur est fluctuante, et son volume augmente sensiblement au-dessus des limites jusques auxquelles les doigts peuvent atteindre.

Le cathétérisme utérin n'est pas pratiqué. On n'examine pas avec le spéculum. Le décubitus est horizontal. La face exprime la souffrance, mais sans être anxieuse; la peau est un peu chaude, légèrement fébrile. Le pouls, assez fort, n'a pas été compté. L'auscultation et la percussion des poumons et du cœur ne révèlent l'existence d'aucun phénomène morbide du côté de ces organes. On n'a pas songé à examiner les seins. La bouche est un peu amère, la soif modérée; il y a peu d'appétit; la langue est souple, humide, bien conformée; constipation. Lavement laxatif le 4 novembre au soir. Plusieurs selles diarrhéiques dans la nuit.

Le 6 novembre, M. Robert fait avec le bistouri, et par le vagin, sans spéculum, en conduisant l'instrument sur son doigt préalablement appliqué sur le point fluctuant, une incision transversale peu étendue dans le point de la paroi recto-vaginale, au niveau duquel la fluctuation avait été perçue. Il s'écoule immédiatement une petite quantité de sang fluide, de consistance huileuse, d'une coloration peu foncée, et pas de caillots. Dans la

journée, l'écoulement sanguin continue; l'état général de la malade est satisfaisant, elle n'est pas affaiblie, ne souffre pas plus que les jours précédents; la nuit est bonne, elle dort.

Le 7, après la visite du matin, une injection d'eau tiède est poussée avec une force modérée par l'ouverture de l'incision, à l'aide d'une canule de caoutchouc. A peine a-t-on fait pénétrer une centaine de grammes de liquide, que la malade est prise de lipothymie, elle accuse une vive douleur à l'épigastre, la face pâlit et exprime la souffrance. L'injection est suspendue immédiatement, huit sangsues sont appliquées à l'épigastre. Le ventre continue à être douloureux, il se tuméfie; le poulx devient petit et misérable. Il y a des frissons, des vomissements intenses surviennent; la malade se pelotonne sous ses couvertures, la face se grippe de plus en plus. Dix nouvelles sangsues sont appliquées immédiatement après la chute des huit premières. On donne un lavement purgatif, de la glace, de l'eau de Seltz. Des onctions sont faites sur le ventre avec la pomnade mercurielle. Un gramme de calomel est prescrit en dix prises. Cinq seulement de ces dix prises sont administrées avant la mort de la malade, qui a lieu à dix heures du soir, douze heures environ après le début des accidents.

L'autopsie est pratiquée, trente-six heures après la mort, par M. Huguier lui-même. Temps froid et humide. Pas de traces de putréfaction; abdomen météorisé. En incisant la paroi abdominale antérieure, on la trouve infiltrée à la partie inférieure seulement de sérosité sanguinolente. Cette sérosité est infiltrée au-dessous de l'aponévrose du grand oblique, et dans l'épaisseur des corps charnus des deux muscles obliques. La paroi antérieure de la vessie est adhérente à la paroi abdominale, de telle sorte qu'en enlevant cette dernière, on ouvre la vessie, et que l'urine se mêle ainsi au liquide contenu dans le péritoine, liquide dont la coloration est d'un gris jaunâtre, et la quantité de 5 à 6 cuillerées. Le liquide sanguinolent qui s'écoule plus tard, et qui peut être évalué à plus d'un litre, paraît sortir d'un foyer sanguin qui sera décrit plus loin.

Au milieu de l'espace compris entre l'extrémité inférieure de l'appendice xiphoïde et l'ombilic, on trouve une tumeur graisseuse, de forme pyramidale, ayant une base de 6 centimètres de diamètre et une hauteur de 7 centimètres. Elle est située au-

dessous du péritoine, et fait saillie dans la cavité abdominale et nullement à l'extérieur. Le péritoine, notablement épaissi, présente une coloration générale blanchâtre sur laquelle se détachent des marbrures rouges, violettes, ardoisées et noirâtres, de formes et de dimensions variées. Les taches rouges et violacées, les premières sous forme d'arborisations, et les autres sous l'apparence de plaques, occupent la surface externe de l'intestin, et surtout de l'intestin grêle. Les ardoisées et les noires se retrouvent sous forme de plaques sur le foie et sur le péritoine pariétal du bassin, sous forme de pointillé sur le mésentère. Le grand épiploon, épaissi et poisseux au toucher, est d'un brun marron. Il adhère au sommet de la vessie, dans une étendue de 5 centimètres de droite à gauche, et 1 centimètre d'avant en arrière. Le cul-de-sac vésico-vaginal est libre d'adhérences, mais effacé par l'application de la face postérieure de la vessie contre la tumeur. En arrière de la vessie, on voit le fond de l'utérus dévié à gauche, environné par une anse d'intestin grêle et une portion de côlon transverse que des adhérences celluleuses assez faciles à détruire maintiennent en rapport avec le grand épiploon et l'S iliaque, de manière à circonscrire une ouverture à bords déchirés de 5 centimètres de diamètre, qui conduit dans une cavité pleine de sérosité sanguinolente et de caillots sanguins diffluent ayant la consistance de la gelée de groseille, mais avec une coloration plus noirâtre. On retire par cette ouverture, située en arrière et en dehors de l'extrémité gauche du fond de l'utérus, plus d'un verre de ces caillots.

Dans le ligament large droit on sent une tumeur du volume du poing, qui refoule l'utérus à gauche, et ne s'affaisse pas par suite de la déplétion de la poche sanguine située du côté opposé. L'utérus, situé entre ces deux tumeurs, mesure une largeur de 7 centimètres au niveau de son fond. La hauteur de ces cavités réunies est de 8 centimètres. Les deux contiennent des mucosités teintées de sang; ces mucosités sont filantes, élastiques, adhérentes aux parois dans le col, grenues, cassantes dans le corps où elles sont plus abondantes, car la cavité est un peu dilatée, et ont l'aspect et la consistance de chocolat bouilli. A la surface interne du corps il y a, de l'orifice d'une trompe à l'autre, 48 millimètres. L'épaisseur de la paroi antérieure du corps est de 15 millimètres, du col 6 millimètres. Un stylet, in-

trouduit par l'orifice interne des trompes, ne pénètre pas au delà de 4 centimètres de chaque côté. Le col, un peu volumineux, est entr'ouvert et laisse échapper entre ses lèvres un peu du mucus précédemment décrit. A 3 centimètres au-dessous de cet orifice se trouve, sur la paroi postérieure du vagin, une incision de 1 centimètre $1/2$ d'étendue transversale entre les lèvres, de laquelle se glissent des caillots sanguins. Une sonde cannelée, introduite par cette ouverture, descend du côté de la vulve jusqu'à 4 centimètres. Le foyer s'étend donc dans l'épaisseur de la cloison recto-vaginale jusqu'à 7 centimètres au-dessous de l'orifice extérieur du col de l'utérus.

Le vagin, qui était plein de caillots sanguins, présente une coloration violacée due à l'imbibition, et qui a disparu par le lavage.

La surface interne du rectum ne présente rien d'anormal. Seulement en incisant la paroi antérieure de cet intestin, on lui trouve à peine 1 à 2 millimètres d'épaisseur, et l'on tombe tout de suite dans un foyer sanguin communiquant d'une part avec le vagin par l'incision pratiquée pendant la vie, de l'autre avec la cavité péritonéale par la déchirure située en arrière de la corne gauche de l'utérus. En extrayant de ce foyer de nouveaux caillots sanguins, en tout semblables à ceux déjà décrits, on trouve, au milieu d'abord, un pariétal ayant les dimensions d'un ongle d'adulte, puis un fœtus entier de 10 à 12 centimètres de longueur. Les os du crâne et un membre supérieur sont séparés du reste du fœtus, mais se retrouvent parmi les caillots. Tout cela est assez informe, ramolli et même putréfié; on ne retrouve pas le cordon ombilical. Après avoir vidé cette cavité de tous les caillots qu'elle contenait, on la trouve se prolongeant par derrière le corps et le col de l'utérus jusqu'à la tumeur située à droite de cet organe dans le ligament large, tumeur qui, incisée, offre un tissu spongieux, aréolaire, infiltré de sang, et paraît être le placenta.

Que sont devenus les pavillons des trompes, les ovaires, le péritoine du cul-de-sac recto-vaginal? C'est ce qu'il ne m'a pas été permis de savoir, n'ayant pas fait moi-même la dissection. Le tissu cellulaire qui environnait toutes ces parties était induré, et les englobait toutes dans des adhérences au milieu desquelles il est assez difficile de se reconnaître. Pourtant on y retrouve l'ovaire

gauche parfaitement sain, et en examinant la face interne du foyer sanguin, on la trouve lisse et polie dans sa paroi supérieure, ce qui porte à supposer que cette paroi supérieure est formée par le péritoine, car on ne trouve pas inférieurement le même aspect.

Une nouvelle et plus attentive dissection, faite en présence de MM. Foucher et Guyot, nous a permis de constater : 1° Que la tumeur située dans le ligament large droit est bien le placenta, situé entre les deux lames du péritoine qui constituent ce ligament, et qu'en arrière de l'utérus il est en communication avec le kyste dans lequel se trouvait le fœtus ; 2° que toute la face interne de ce kyste est tapissée par une membrane lisse polie, qu'il nous a été possible de détacher même dans la partie la plus inférieure ; 3° qu'il nous a été impossible de déterminer si cette membrane était le péritoine ou seulement le chorion ; 4° que la trompe droite est oblitérée à 4 centimètres de la corne utérine correspondante ; il nous a été impossible de retrouver le pavillon de cette trompe et l'ovaire du même côté.

La vessie est dilatée et distendue latéralement, peu dans le sens antéro-postérieur. Son sommet s'élève à 10 centimètres au-dessus du pubis. Sa muqueuse est blanchâtre, excepté dans le point qui correspond à celui au niveau duquel la face externe a contracté des adhérences avec le grand épiploon. Là elle présente une coloration d'un gris ardoisé. Les uretères sont un peu dilatés, surtout près du détroit supérieur, où ils se dégagent en arrière de la tumeur et ont 1 centimètre de diamètre. Les reins sont pâles et décolorés.

En résumé, une femme de trente-deux ans, n'ayant jamais été enceinte et ayant une menstruation habituellement douloureuse, voit, sans cause connue, les symptômes douloureux qu'elle éprouve souvent au moment de l'apparition de ses règles, augmenter notablement d'intensité. Il survient un retard de quelques jours dans l'apparition du flux cataménial, puis une métrorrhagie abondante, qui redouble les mois suivants à l'époque correspondante aux règles habituelles. A cette époque, les douleurs augmentent aussi, ou reparaissent si elles s'étaient déjà calmées, le ventre se tuméfie, il y a de la constipation ; cet état dure pendant trois mois, et c'est seulement au bout de ce temps que la métrorrhagie cesse. Mais après une nouvelle recrudescence dans

l'intensité des symptômes douloureux, on constate l'existence d'une tumeur volumineuse, en partie fluctuante, en arrière et à gauche du corps de l'utérus. Une ponction, pratiquée sur cette tumeur, donne écoulement à du sang. En poussant une injection dans le foyer, on détermine une rupture à la suite de laquelle se déclare une péritonite suraiguë, terminée par la mort au bout de douze heures. A l'autopsie, au milieu d'un foyer sanguin situé en arrière et à gauche de l'utérus, on retrouve des débris de fœtus, ou plutôt un fœtus tout entier, mais en partie putréfié.

Je ne chercherai pas à préciser à quelle variété de grossesse extra-utérine doit être rapporté l'exemple que je viens de présenter. En indiquant combien il était difficile de se reconnaître au milieu des tissus qui environnaient l'utérus et le foyer sanguin, j'ai déjà fait supposer que je n'entreprendrais pas d'élucider cette question. Cependant la situation du fœtus dans l'épaisseur de la cloison recto-vaginale, celle du placenta dans l'épaisseur du repli du péritoine qui forme le ligament large droit, et l'existence au-dessus du foyer sanguin de cette membrane lisse, polie, me porte à supposer que nous avons un exemple de la variété désignée sous le nom de *sous-péritonéopelvienne*, qui du reste, au dire de Dezeimeris, cité par M. Cazeaux, n'est pas très rare.

S'il y avait, pendant la vie, à tirer quelques considérations pratiques applicables au traitement, elles étaient subordonnées au diagnostic de la grossesse extra-utérine elle-même, et c'est ce diagnostic surtout qu'il importait d'établir. Mais là était la difficulté que nous n'hésitons pas à regarder comme insurmontable dans le cas actuel.

En effet, si l'on se rappelle que la malade dont nous venons de donner l'histoire avait une menstruation habituellement douloureuse et irrégulière dans sa quantité; que jusqu'à ce moment elle n'avait pas été fécondée, et que tous les symptômes éprouvés par elle se sont développés ou aggravés aux époques auxquelles auraient dû paraître les règles. Si l'on se rappelle, d'autre part, qu'après un retard de trois jours seulement, les règles, qui s'étaient d'abord supprimées, ont reparu avec une abondance telle qu'elles ont constitué une véritable hémorrhagie, qui, tout en persistant pendant tout le mois, redoublait au moment des règles, on concevra que l'on ait pu croire à l'existence d'une

hématocèle rétro-utérine, et que l'exploration de la malade, telle que je l'ai relatée dans le cours de l'observation, n'ait fait que confirmer ce diagnostic. M. Robert, qui a examiné le premier la malade, a pu croire un instant à l'existence d'un vaste phlegmon rétro-utérin suppuré, se fondant sur ce qu'il avait déjà eu occasion d'en ouvrir un aussi volumineux ; mais l'absence de symptômes fébriles, de douleurs à la pression, la persistance de l'hémorrhagie, lui ont semblé des signes suffisants pour rejeter cette manière de voir, et se rendre à l'avis de M. Hugnier, qui diagnostiquait l'hématocèle rétro-utérine. Je sais bien que deux choses ont été négligées dans l'examen de la malade, tellement on songeait peu à la grossesse, je veux parler de l'exploration des seins et de l'auscultation de l'abdomen. Mais l'exploration des seins eût-elle montré leur gonflement, l'apparition de l'aurole, etc., que ces signes eussent certainement été négligés, car ils surviennent trop fréquemment comme phénomènes sympathiques d'une affection utérine en l'absence de toute grossesse, et nous les voyons même se montrer, quoique à un moindre degré, à chaque époque menstruelle. L'auscultation de l'abdomen ne nous eût rien appris quant au fœtus, qui bien évidemment était mort depuis un certain temps, et qui du reste n'était pas assez âgé, s'il eût été encore vivant, pour que les battements de son cœur eussent pu être entendus, surtout situé aussi profondément qu'il l'était dans l'excavation pelvienne. Le souffle, si on l'eût entendu, n'aurait pu fournir aucun indice, puisque ce symptôme accompagne presque toutes les tumeurs un peu volumineuses du bassin.

La grossesse était donc impossible à reconnaître ; mais eût-elle été découverte, quelles modifications en serait-il résulté pour le traitement ? Aucune. Le fœtus était mort bien évidemment depuis plusieurs jours, l'état de décomposition dans lequel il a été trouvé l'indique suffisamment ; son volume pourrait aider à préciser l'époque de sa mort, car nous lui trouvons une longueur inférieure à 12 centimètres, tandis que celle du fœtus à la fin du troisième mois varie entre 13 et 15 centimètres. En faisant remonter la conception au commencement d'août, comme nous y sommes autorisés par l'apparition des symptômes, nous aurions donc une grossesse de trois mois ; mais il y a eu, vers le milieu du troisième mois, des phénomènes particuliers d'une gravité

plus grande qu'à tout autre moment de la maladie, qui ont été combattus par une médication éminemment perturbatrice ; je veux parler des applications de glace dans le vagin : serait-il irrationnel de rapporter la mort du fœtus à cette époque ? Je ne le crois pas, d'autant plus qu'à dater de cette époque aussi ont cessé les hémorrhagies.

En admettant donc que toutes les particularités révélées par l'autopsie eussent été connues du vivant de la malade, la conduite du chirurgien aurait dû être ce qu'elle a été, c'est-à-dire qu'il aurait fallu ouvrir, pour donner issue aux débris du fœtus mort et aux caillots sanguins nombreux au milieu desquels il était plongé. L'incision était d'autant plus nécessaire que nous avons vu, à l'amincissement de la paroi rectale antérieure, qu'une ouverture spontanée était imminente sous cet intestin. Mais une fois le foyer ouvert, fallait-il avoir recours aussi promptement aux injections pour le nettoyer et entraîner les caillots sanguins au dehors ? Malheureusement ce cas est venu démontrer qu'il eût certainement mieux valu attendre.

OBSERVATION.

Tumeurs abdominales. — Grossesse. — Opération césarienne. — Mort. —
Par M. Gallard, interne des hôpitaux de Paris.

Cocherel (Marie) marchande, âgée de trente-quatre ans, entre le 24 mai 1854 à l'hôpital Beaujon, service de M. Huguier, n° 394. Bonne santé habituellement ; hernie crurale paraissant à diverses époques, mais facilement réductible ; règles à seize ans, bien jusqu'à vingt ans, pendant trois jours chaque mois, plus irrégulières et moins abondantes à cette époque, où survinrent des symptômes de chlorose. Elle se maria en décembre 1853, et nous affirme positivement n'avoir jamais pratiqué le coït avant cette époque. Deux mois environ après parurent ses dernières règles, qui cessèrent de couler le 8 février ; aucune cause ne pouvait expliquer leur absence les mois suivants, aussi se figura-t-elle être enceinte. Les nausées, les vomissements mêmes, en même temps que le picotement et le gonflement des seins, et l'augmentation du volume du ventre, la confirmèrent dans cette

manière de voir ; mais elle s'aperçut que son ventre se développait d'une façon irrégulière, présentant des bosselures. Elle éprouva des douleurs qui l'engagèrent à venir à l'hôpital. Elle nous dit qu'elle éprouve au moment où elle veut uriner une douleur qui, partant de l'ombilic, descend dans l'hypogastre pour se prolonger jusqu'au méat urinaire. Ses urines sont peu abondantes, rendues fréquemment et avec difficulté. Elle éprouve de la constipation, des coliques fréquentes, qui s'exaspèrent sous l'influence du froid et de la station verticale, et se calment sans disparaître complètement pendant le repos au lit. L'appétit est diminué, presque nul ; il y a, comme nous l'avons dit, de fréquentes nausées, mais sans vomissements.

On constate, en palpant l'abdomen, la présence de plusieurs tumeurs très dures. La première est irrégulièrement ovoïde et se trouve située sur la ligne médiane au niveau de l'ombilic.

La seconde, située sur un plan un peu plus postérieur et latéral, occupe l'hypochondre droit et la fosse iliaque du même côté, les fausses côtes la recouvrant un peu en haut et postérieurement. Elle a à peu près le volume d'une tête de fœtus à terme, offre une grande consistance et est arrondie sur ses bords comme la précédente, de laquelle elle n'est séparée que par un sillon courbe peu profond, à convexité tournée en haut et à droite, à concavité tournée en bas et à gauche.

La troisième tumeur est située sur un plan plus postérieur encore que les deux autres, à gauche de la ligne médiane ; elle est au moins aussi volumineuse que la deuxième, mais n'offre pas la même dureté au toucher. Sa circonférence externe s'enfonçe profondément dans la fosse iliaque gauche. Sa consistance donne la sensation d'un utérus distendu par le produit de la conception.

Par le toucher vaginal on constate que le col de l'utérus, sous forme de tumeur inamélonnée, est situé derrière la symphyse du pubis à laquelle il est accolé. Le col entr'ouvert admet l'index, ce qui permet de constater l'existence d'une tumeur qui, si elle n'est pas un fœtus, est fibreuse.

L'examen au spéculum montre une teinte violacée de la vulve ; le vagin, moins foncé en couleur, présente cependant une coloration semblable, ce qui augmente la présomption de grossesse. Le col, aplati et situé derrière la symphyse du pubis, est entr'ouvert,

il n'a pas la même couleur que le reste des organes génitaux, il est normal dans sa teinte. En auscultant la région abdominale, on entend, à gauche de la ligne médiane, le souffle utéro-placentaire très prononcé, mais on ne constate pas la présence des battements du cœur du fœtus, s'il existe.

29 juin. Jusqu'à cette époque, rien de particulier : le ventre augmente de volume, la malade croit sentir remuer quelque chose dans son ventre. Les seins sont gonflés, entourés d'une auréole caractéristique. Le souffle est perçu entre l'ombilic et l'épine iliaque antéro-inférieure du côté gauche.

19 juillet. Idem, plus battements du cœur du fœtus perçus à gauche de la ligne médiane.

8 septembre. Dans la soirée la malade éprouve des frissons, des douleurs vagues, erratiques, une sensation de gonflement dans les membres inférieurs, bien qu'il n'y ait pas d'œdème.

9 septembre. La face est grimaçante, les poignets contracturés et déjetés en dehors; frissons, face rouge, animée, fébrile; éblouissements, battements dans la tête; crampes douloureuses, 84 pulsations fortes; peau modérément chaude; pas d'albumine dans les urines. (Six sangsues, potion éthérée.)

10 septembre. Mieux. Cet accès se dissipe les jours suivants, et la malade quitte momentanément l'hôpital.

Pendant son séjour chez elle, elle continue à rester soumise à nos observations, et nous voyons la grossesse suivre régulièrement son cours sans aucun accident nouveau.

Les choses étaient dans cet état, et la tumeur faisant saillie dans le vagin s'était même élevée vers l'abdomen, au point de permettre d'espérer qu'elle finirait cette fois par dégager le détroit supérieur, et par permettre l'accouchement par le vagin, lorsque vers la fin de novembre, ayant de nombreuses occupations dans son ménage et dans son commerce, la malade se fatigua outre mesure, et provoqua ainsi la rupture de la poche amniotique avec écoulement du liquide, avant que le travail de la parturition fût commencé. Des douleurs survinrent, et elle entra à l'hôpital le 4 décembre.

Le 7 décembre, on trouve le col de l'utérus toujours porté en avant, en haut et à gauche derrière le corps du pubis, n'étant nullement dilaté, ni même effacé, ce qui indiquait que le travail de l'accouchement se faisait avant le terme régulier de la gros-

sesse. Les contractions utérines étaient extrêmement violentes et très douloureuses ; la figure de la malade exprimait une anxiété extrême, et chaque douleur était suivie de vomissements.

Depuis deux jours on n'entendait plus les battements de cœur du fœtus, et la mère ne le sentait plus remuer.

La nuit du 7 au 8 est extrêmement mauvaise ; aussi, dans la matinée du 8, M. Huguier se décide à lui proposer de pratiquer l'opération césarienne, après avoir pris l'avis de M. Robert, qui, comme lui, redoute une rupture de l'utérus dont les contractions sont excessives ; le col n'est pas plus dilaté, la lèvre antérieure est beaucoup moins saillante que la postérieure. Pour se mettre autant que possible à l'abri des accidents et des conditions désavantageuses qui résulteraient du séjour à l'hôpital, on fait transporter la malade à Passy, chez une sage-femme, et l'opération césarienne est pratiquée à dix heures du matin, le 8 décembre. La vessie est vidée avec la sonde. L'incision des parois abdominales a environ 15 centimètres, et l'on arrive immédiatement sur le corps de l'utérus, qui est incisé dans une étendue un peu moindre.

On trouve le fœtus couvert de méconium et placé de telle sorte que sa tête, en position occipito-iliaque gauche, était un peu élevée au-dessus du pubis. L'enfant, bien conformé, paraissant à terme, est mort et son épiderme s'enlève facilement, il y a même quelques phlyctènes. On attend que l'utérus soit revenu sur lui-même, et pour obtenir ce résultat on administre 50 centigrammes de seigle ergoté avant de procéder au pansement, qui consiste dans quatre points de suture enchevillée aux parois abdominales. Par précaution, des onctions sont faites avec de la pommade mercurielle ; mais les vomissements qui avaient précédé l'opération continuent dans la journée ; il survient du gonflement du ventre et de la tympanite, et la mort arrive au bout de quarante-huit heures, le 10 au matin.

Autopsie. — L'utérus a 20 centimètres de long et 14 de large ; il n'est pas complètement revenu sur lui-même.

Le col ne présente rien de remarquable, si ce n'est que la lèvre postérieure est un peu plus volumineuse que l'antérieure. Du reste, on ne remarque pas la moindre dilatation de l'ouverture du museau de tanche.

On observe plusieurs tumeurs développées dans le corps de l'organe.

L'une de ces tumeurs, la plus volumineuse, plus grosse que le poing (29 centimètres de circonférence) que l'on pouvait comparer pour sa forme à la tête d'un fœtus, est située à la partie inférieure et droite de la face postérieure de l'utérus. Elle est adhérente à cette partie de l'organe par un très gros pédicule dont la partie inférieure s'insère à 8 centimètres au-dessus de l'ouverture du museau de tanche, recouverte dans les trois quarts de sa sphère par une simple couche péritonéale; l'autre quart est logé dans le tissu utérin. Cette tumeur, qui descend plus bas que le col, et qui se voit dans l'excavation pelvienne, porte à gauche toute la partie inférieure de l'utérus.

La surface extérieure de cette tumeur présente une coloration rosée, parsemée de distance en distance de taches plus foncées.

A la loupe, on trouve le tissu utérin présentant les cavités des sinus assez développées, les fibres musculaires sont facilement distinguées. Le tissu de la tumeur présente une coloration plus pâle que celle de la surface extérieure.

Au-dessous de la couche péritonéale, qui n'est pas très adhérente, et que l'on peut par conséquent facilement enlever, on trouve une enveloppe fibreuse générale qui contraste avec la coloration du reste de la tumeur par sa couleur plus foncée. Dans l'intérieur de la tumeur on trouve des cavités de dimensions différentes, pouvant admettre depuis la tête d'une épingle jusqu'à une petite noisette; plusieurs présentent des cloisons incomplètes comparables à celles de certains kystes. Le tissu de la tumeur est très résistant, et présente tous les caractères du tissu fibreux. Deux autres tumeurs, ayant chacune à peu près le volume d'un œuf, sont situées sur le bord supérieur et un peu sur la face antérieure de l'organe; elles sont logées dans les couches externes du tissu utérin, leur surface est seulement recouverte par une couche péritonéale. En pratiquant une coupe, on voit que les tumeurs sont séparées par du tissu utérin. Elles présentent la même structure que la précédente. Par cette même coupe on trouve un noyau fibrineux, de la grosseur d'une petite noisette, dans l'épaisseur de l'organe, situé dans la partie supérieure.

Une autre petite tumeur, de la même dimension que la précédente, est située au-dessous, à gauche de la tumeur droite.

Enfin, on trouve une dernière tumeur tenant par son volume le milieu entre la première et les deux autres.

Cette tumeur flottante dans l'abdomen est insérée par un pédicule assez étroit au bord supérieur de l'organe. Du côté droit, elle a contracté des adhérences avec le grand épiploon et l'appendice iléo-cœcal, recouverte par une couche péritonéale, constituée par une assez grande quantité de graisse. Le tissu fibreux est au centre de la tumeur. Les ovaires, les trompes ne présentent rien d'anormal.

OBSERVATION.

Hypertrophie anormale du foie, de la rate et des poumons. — Par M. Pinet, interne des hôpitaux.

Le 18 octobre 1854 est entrée à l'hôpital Necker, service de M. Vernois (salle Sainte-Thérèse, n° 10), une femme nommée S....., J....., lingère, âgée de trente ans. Cette malade n'accuse aucune affection antérieure grave. Réglée à dix-huit ans, elle n'a jamais eu d'enfants.

Il y a environ deux ans, elle a commencé à ressentir de la gêne dans la respiration, des étouffements, surtout après les repas et lorsqu'elle se livrait à quelques travaux pénibles; c'est à cette époque qu'elle dit avoir remarqué, surtout le soir, un léger gonflement des deux jambes, qui disparaissait et revenait de temps à autre sans qu'elle pût l'attribuer à aucune cause. Puis des douleurs sourdes se sont fait sentir dans les lombes et dans les hypochondres. Cet état maladif n'a fait qu'empirer avec le temps, et enfin au mois de mai dernier elle a dû cesser tout travail.

A son entrée à l'hôpital elle présente les symptômes suivants :

La face est fortement congestionnée, les lèvres sont bleuâtres, les yeux sont saillants et larmoyants, la peau du nez et des joues est violacée, les jugulaires sont gonflées et les extrémités supérieures et inférieures sont œdématisées et froides. L'abdomen est considérablement distendu et offre une matité absolue dans toute son étendue, excepté au niveau de la région ombilicale. La parole est brève, saccadée et interrompue à chaque instant par une respiration des plus anxieuses. L'intelligence et la sensibilité sont intactes. L'examen de la poitrine fait voir que l'ampliation

de cette cavité se fait principalement aux dépens des côtes. Le côté gauche et antérieur de la poitrine est légèrement gonflé ; le creux sous-claviculaire du même côté est presque effacé.

Percussion du côté gauche. — Matité complète en arrière dans toute la hauteur du poumon, en avant jusqu'au-dessous de la clavicule ; au-dessus de cet os la matité est moins considérable.

Percussion du côté droit. — Matité complète en avant, excepté en haut, et sonorité ordinaire en arrière.

Auscultation du côté gauche. — Aucun bruit, si ce n'est au-dessous de la clavicule où le murmure vésiculaire s'entend faiblement, et au niveau du cœur dont les bruits sont perçus très distinctement.

Auscultation du côté droit. — Absence complète du bruit respiratoire en avant ; en arrière la respiration s'entend assez distinctement.

Le retentissement de la voix est nul du côté gauche, ainsi que la vibration des parois thoraciques ; du côté droit le retentissement de la voix et la vibration thoracique sont peu intenses.

Dans aucun point de la poitrine il n'existe d'égophonie, ni de râle d'aucune espèce.

Les battements du cœur sont peu énergiques, et ne soulèvent point la main appliquée sur la région précordiale.

L'abdomen est fortement distendu, il est mat dans toute son étendue, excepté vers l'ombilic. La fluctuation y est difficilement perçue, ses parois sont infiltrées ; les régions hépatique et splénique sont mates, fluctuantes, mais n'offrent pas de frémissement.

Les règles sont supprimées depuis trois mois ; les urines sont rares et limpides : traitées par l'acide azotique et la chaleur elles ne présentent pas trace d'albumine.

Pas de toux, pas d'hémoptysie, à peine quelques crachats muqueux.

L'appétit est conservé, mais la malade ne peut prendre ni aliments ni boissons, à cause de l'étouffement et de la gêne respiratoire qu'ils occasionnent. Constipation opiniâtre.

La malade est assise sur son séant, la gêne de la respiration augmente de plus en plus, la voix s'affaiblit, l'asphyxie est imminente. Une saignée de 300 grammes est pratiquée, et amène un peu de soulagement ; mais bientôt les menaces d'asphyxie

apparaissent avec une nouvelle gravité ; application de ventouses sur la région précordiale. Ce n'est qu'à l'aide de lavements purgatifs répétés que la malade peut aller à la selle, l'huile de croton reste sans effet ; enfin l'asphyxie devient de plus en plus complète et la mort arrive le 27 novembre, après une agonie de quarante-huit heures. L'intelligence reste intacte jusqu'à la fin.

Autopsie trente heures après la mort. — Ouverture de l'abdomen, écoulement d'une assez grande quantité de sérosité citrine, au milieu de laquelle nagent des caillots fibrineux assez volumineux. Congestion des vaisseaux stomachiques et mésentériques ; l'estomac est refoulé plus bas qu'à l'ordinaire ; le foie se présente sous l'aspect d'une masse informe, il descend jusque dans la fosse iliaque droite ; le tube intestinal n'offre rien d'anormal.

Examen du foie et de la rate. — Retirés avec peine de l'abdomen, à cause des nombreuses adhérences qui les unissent au diaphragme, ces deux organes offrent les particularités suivantes :

Ils constituent une même masse présentant à leur face supérieure deux saillies séparées par un enfoncement. De ces deux saillies, l'une occupe la face supérieure du lobe droit du foie, elle se présente sous la forme d'une tumeur sphérique surajoutée au tissu du foie, de la grosseur d'une tête d'adulte ; elle est mate et manifestement fluctuante, ses parois paraissent assez résistantes et répondent à la face inférieure du diaphragme, auquel elles adhèrent dans la plus grande partie de leur étendue ; cette tumeur fait une légère saillie à la face inférieure du foie, dans toute la partie de cette face située à droite du sillon antéro-postérieur ; à l'ouverture de cette tumeur il s'écoule environ un litre d'un liquide aussi limpide que l'eau de roche ; sa cavité est doublée d'une poche d'aspect blanchâtre, se déchirant avec la plus grande facilité. Cette poche contient dans son intérieur le liquide dont il vient d'être parlé, et de plus, dans sa partie déclive et comme déposée sur elle, une quantité considérable de petits corps jaunâtres ressemblant à de la sciure de bois très ténue. La face externe de cette poche est unie aux parois de la tumeur au moyen de filaments qui se déchirent avec la plus grande facilité. Les parois de la cavité sont lisses et comme recouvertes d'une membrane de nouvelle formation.

La seconde saillie est constituée par la rate, transformée en une vaste poche sphérique, mate, fluctuante, de la grosseur d'une tête d'enfant. Ce kyste splénique est profondément situé dans l'hypochondre gauche, et refoule le diaphragme; sa face externe est unie assez intimement au moyen d'adhérences anciennes à la face inférieure du diaphragme et à la paroi antérieure de l'abdomen. En avant de cette poche, et un peu à gauche, on remarque une faible partie de la rate qui n'a pas été envahie par le kyste. Cette partie, plus friable qu'à l'état ordinaire, suffit néanmoins pour faire reconnaître l'organe auquel elle appartient. A l'ouverture du kyste splénique il s'écoule un liquide encore plus limpide que celui du kyste du foie; on trouve du reste encore, dans ce dernier, une membrane de même nature et très faiblement unie aux parois de la cavité, lesquelles parois sont aussi constituées par une membrane lisse et ayant tout à fait l'aspect d'une séreuse. On trouve également dans l'intérieur de la poche et sur sa paroi interne, une grande quantité de petits corps ressemblant à ceux déjà mentionnés dans le kyste du foie.

L'enfoncement qui sépare les deux saillies dont il vient d'être question, est constitué par le lobe gauche du foie, qui est tellement uni à la rate au moyen d'adhérences fibreuses, que ces deux organes ne constituent qu'une seule et même masse.

Le bord postérieur du foie offre à droite de la veine cave inférieure une tumeur de la grosseur d'un œuf, intimement unie au diaphragme. Cette tumeur a été ouverte dans l'ablation du foie; il s'en est écoulé un liquide lactescent; la cavité n'en est point doublée par une membrane de nouvelle formation comme les précédents.

Le bord antérieur du foie n'a pas été envahi par le kyste, il paraît sain dans un espace de 3 à 4 centimètres.

Rien d'anormal dans les canaux biliaires.

On voit, d'après ce qui précède, que la partie supérieure de l'abdomen est remplie en totalité par le foie et la rate, intimement unie entre eux, et constituait une seule et même masse offrant les dimensions suivantes :

| | |
|---|-------------------|
| Longueur de la face supérieure | 0,43 centimètres. |
| Longueur de la face inférieure. | 0,42 |
| Circonférence de la tumeur droite. | 0,57 |
| Circonférence de la tumeur gauche | 0,39 |

Ouverture du thorax. — Adhérence complète du poumon droit. Ce poumon est uni aux côtes et au diaphragme au moyen de tissus fibro-albumineux, offrant dans leur épaisseur de nombreuses loges remplies de liquide citrin. A la partie antéro-supérieure de ce poumon se voit une large poche mate et fluctuante, contenant un liquide, et une membrane et des corpuscules semblables à ceux du foie et de la rate. Ce kyste occupe la partie antérieure du lobe moyen, la partie la plus inférieure du lobe supérieur et la partie supérieure du lobe inférieur. Il s'en est écoulé environ 200 grammes de liquide. A la partie inférieure du lobe inférieur du même poumon, se trouve une petite poche adhérente au diaphragme, et contenant aussi une petite quantité de sérosité citrine ; on n'y trouve ni membrane ni corpuscules. Toute la partie postérieure de ce poumon est indurée, à peine crépitante et difficilement perméable à l'air.

Le poumon gauche est transformé presque en entier en une poche mate et fluctuante, occupant tout le lobe inférieur et la plus grande partie du lobe supérieur ; le sillon interlobaire a disparu, de telle sorte que les deux lobes n'en font plus qu'un. Tout à fait au sommet on remarque une petite partie de tissu pulmonaire qui n'a pas été envahie par le kyste, et qui est faiblement perméable à l'air. A l'ouverture de ce kyste il s'écoule environ 400 grammes d'un liquide trouble et contenant des corpuscules en suspension. La cavité de cette poche est séparée incomplètement en deux parties à peu près égales par un reste de tissu pulmonaire grisâtre et induré ; les cavités secondaires répondent l'une au lobe supérieur, l'autre au lobe inférieur. Dans chacune d'elles se trouve une membrane et des corpuscules de même nature que ceux déjà mentionnés dans le foie, dans la rate et dans le poumon droit. Les parois de chacune de ces cavités sont doublées par une membrane, distincte du tissu pulmonaire ; cette membrane est lisse. Le cœur est flasque et atroph . Aucun épanchement ni adhérences dans le péricarde.

Le cerveau, les reins, l'utérus et le pancréas ne présentent pas trace de kystes. Ces organes sont seulement fortement congestionnés.

Rapport de M. le docteur Houël sur l'observation précédente.

Le travail et la pièce, dont il est question, sont intéressants sous plusieurs points de vue, que je vais chercher à développer.

La malade, âgée de trente ans, avait cessé d'être réglée depuis trois mois seulement, il n'y avait point eu de toux ni d'hémoptysie, et à peine quelques crachats muqueux. Elle avait conservé, au moment de son entrée à l'hôpital, son appétit, ne pouvait néanmoins prendre d'aliments à cause de l'étouffement et de la gêne respiratoire qu'ils occasionnaient ; elle est morte asphyxiée.

Voici maintenant ce que l'anatomie pathologique, l'examen des pièces qui vous ont été présentées, a démontré : il existait entre la rate et le lobe droit du foie des adhérences intimes. Ces deux organes ne formaient plus qu'une même masse. Le lobe droit du foie présentait deux kystes hydatiques, le plus volumineux, qui égalait la tête d'un adulte, faisait saillie du côté de la face convexe, adhérait au diaphragme. Le second était situé au bord postérieur, sur le côté droit de la veine cave, qui était légèrement comprimée. Le liquide contenu dans ces deux kystes, comme dans ceux de la rate et des deux poumons, était citrin limpide ; renfermé, dit l'observateur, dans une poche d'un aspect blanc jaunâtre, se déchirant facilement et renfermant, outre le liquide, un grand nombre de petits corps jaunâtres, ressemblant à de la sciure de bois. Ces petits corps se retrouvaient également dans les autres kystes. La face externe de cette poche était unie aux parois de la tumeur, par des filaments qui se détruisaient avec la plus grande facilité. Le kyste de la rate, très volumineux, l'avait atrophié en grande partie.

À l'examen de la poitrine, M. Pinaut constate une adhérence presque complète à droite du poumon avec la plèvre pariétale ; et de ce côté, le lobe moyen, la partie supérieure du lobe inférieur, et la partie inférieure du lobe supérieur, contenaient un kyste analogue à ceux du foie et de la rate ; entre le lobe inférieur et le diaphragme dans la plèvre, il existait une petite cavité parfaitement circonscrite, et contenant un liquide citrin. La partie postérieure du poumon était le siège d'une induration assez pro-

noncée (1). Le poumon gauche est presque tout entier transformé en un vaste kyste renfermant environ 400 grammes de sérosité citrine ; une petite partie seulement du lobe supérieur était restée perméable à l'air.

Les kystes hydatiques sont assurément une des lésions les plus communes ; il suffit pour s'en convaincre de parcourir nos bulletins : il n'y a guère de mois que la Société n'ait à enregistrer de ces kystes ; il ne paraît pas en être ainsi en Allemagne, en Prusse surtout. J'ai eu l'occasion dernièrement de m'occuper de cette question avec un jeune docteur de Berlin, qui avait étudié avec un des maîtres les plus célèbres, et qui m'a affirmé que la production de ces kystes était très rare dans ce pays. Malgré leur fréquence en France, il est cependant rare de voir une généralisation aussi complète de kystes hydatiques, et ne trouve-t-on pas dans ce fait quelque analogie avec la généralisation de certaines tumeurs, que l'on est tenté de considérer comme des exemples d'infection, de diathèse. La diathèse dans ce cas est admissible, l'infection point ; ce sont ces cas simples qui peuvent marquer la distance qui sépare ces deux grands faits, que quelques pathologistes sont tous les jours tentés de rapprocher, je dirai même de confondre. Cette pièce nous prouve encore une vérité déjà connue depuis longtemps, c'est qu'il y a une grande différence entre les kystes hydatiques solitaires, et ceux qui sont multiples ou prolifères. Les hydatides solitaires, plus communes chez les animaux, et qui sont peut-être les seules qui y aient été observées, sont aussi chez l'homme à peu près les seules qui se rencontrent dans plusieurs organes à la fois : cette disposition est rare pour les hydatides prolifères. M. Pinaut, qui intitule son travail : *Kystes hydatiques multiples*, ne nous fournit point, dans la description qu'il en donne, la preuve de l'existence hydatique, car c'est à peine s'il décrit séparément la membrane acéphalocyste et le kyste adventif ; il n'est point non plus question des échinocoques. C'est cette lacune que votre rapporteur va chercher à combler autant que cela lui sera possible.

Dans chacun de ces kystes j'ai pu constater qu'il existait une tunique fibreuse, adventive, avec ses caractères propres, et elle

(1) J'ai retrouvé, à l'examen de la pièce, dans le sommet de ce même poumon, une autre poche hydatique, peu volumineuse, solitaire.

se rencontrait aussi bien dans les kystes du poumon, que dans ceux du foie et de la rate.

Ce kyste adventif dans le poumon a un certain intérêt, car plusieurs pièces vous ont été présentées sur lesquelles le kyste paraissait manquer. Je citerai entre autres deux pièces, déposées dans le musée, l'une a été donnée par *M. Barth*, l'autre par *M. Hérard*. Pour la pièce de *M. Barth* je ne puis rien préciser, mais pour celle de *M. Hérard*, j'ai déjà eu l'honneur d'insister auprès de la Société pour lui démontrer l'existence, dans cette pièce, du kyste fibreux ; seulement il est très mince, la lame de tissu fibreux n'a pas sur ce poumon l'aspect qu'elle offre sur celui de *M. Pinaut*, où nous le retrouvons épaissi, dense, avec cet aspect rugueux, cartilagineux, ossiforme même que l'on trouve dans les kystes du foie et de la rate. Je ne sais pas si jamais elle a été vue avec des caractères aussi bien accusés. Notre honorable président, *M. Cruveilhier*, qui s'est beaucoup occupé de la question des hydatides, avait même pris la parole à l'occasion des deux pièces précédemment citées, pour faire remarquer la constance des kystes fibreux, et il pense que ce n'est guère que dans les hydatides du poumon et du cerveau qu'ils peuvent manquer. Pour le cerveau je ne puis rien affirmer, mais avec *M. Leudet*, dans son excellent compte rendu de 1851, je dirai que dans les kystes du poumon il est beaucoup plus fréquent de constater l'existence de la membrane fibreuse que de la voir manquer ; j'ajouterai seulement qu'elle n'a pas ordinairement la même densité que dans certains autres organes, ce qui tient probablement à la structure du poumon. La présence de ce kyste me paraît encore mériter notre attention sous un autre point de vue, c'est qu'elle peut s'opposer à la destruction des bronches, et, par conséquent, à ce que le malade pût expectorer les membranes hydatiques ; c'est ce qui est arrivé dans le fait de *M. Pinaut*.

M. Pinaut, dans son observation, nous parle bien également de la membrane acéphalocyste, qui, dans les kystes qu'il nous a présentés, a bien évidemment, comme j'ai pu m'en assurer, les caractères de la membrane hydatique, car elle est légèrement opaline, peu résistante, ressemblant à du blanc d'œuf coagulé, et peut être séparée en lamelles emboîtées les unes dans les autres. Elle renfermait un liquide limpide, dit l'observateur, il eût

été important de l'analyser, de l'examiner au microscope pour voir si l'on ne trouvait pas d'échinocoque, quoique aujourd'hui la plupart des pathologistes admettent la possibilité de l'existence de kystes hydatiques sans ces petits animaux. M. Pinaut nous dit bien que le liquide, en s'échappant, laisse apercevoir un grand nombre de petits corps jaunâtres ressemblant à de la sciure de bois, c'est précisément ces petits corps qu'il eût été important d'examiner, et que votre rapporteur n'a pu retrouver. Malgré toutes ces lacunes, il me paraît hors de doute que c'est bien à des kystes hydatiques solitaires que doit être rapportée l'observation que j'ai été chargé d'examiner.

Il est cependant un point du travail de M. Pinaut que je ne puis passer sous silence. Autant que j'ai pu en juger, car la description est peu précise, il parle d'adhérences de la membrane acéphalocyste avec le kyste adventif par l'intermédiaire de petits filaments, qui se détruisent avec la plus grande facilité : ce n'est point ordinaire dans les kystes hydatiques, il y a seulement contact entre l'acéphalocyste et le kyste fibreux ; j'ai du reste cherché ces adhérences filamenteuses, sans pouvoir les rencontrer, sur les pièces qui m'ont été remises.

Il est un autre point de l'observation de cette malade, sur lequel j'aurais voulu voir M. Pinaut nous donner des détails ; il ne nous dit pas si le diagnostic a été porté pendant la vie, ou bien s'il résulte de l'examen des pièces anatomiques, ce qui est probable. Si le diagnostic des hydatides n'a pas été porté, il aurait au moins été intéressant de nous relater l'opinion à laquelle s'était arrêtée le chef de service, homme assurément fort distingué. Non pas que je veuille ici chercher à incriminer une erreur de diagnostic probable ; mais c'est afin d'établir la difficulté, l'impossibilité même qu'il y a à reconnaître pendant la vie, les kystes hydatiques du poumon. En recherchant dans vos bulletins, j'ai presque vu dans tous les cas qui vous ont été présentés, que l'altération avait été méconnue ; tantôt elle a été prise pour une tuberculisation du poumon, un épanchement pleurétique, ce qui ne doit pas surprendre, les signes étant à peu près les mêmes. Le seul qui soit véritablement caractéristique, c'est l'expulsion, par les bronches, des débris hydatiques ; mais alors pour peu que cela ait lieu, il faut deux conditions qui sont loin de se rencontrer toujours : 1° la communication du kyste avec les

bronches, communication qui peut être empêchée par la présence d'un kyste fibreux, épais, comme celui que je viens de vous décrire ; 2° que l'acéphalocyste soit morte et flétrie ; autrement elle résiste à sa destruction, et par conséquent à son expulsion.

Cette observation emprunte encore un grand intérêt à la manière dont l'hématose a pu se faire ; en effet, nous voyons la destruction presque complète des deux poumons, puisque le bord postérieur du poumon droit, qui n'est point envahi par le kyste, est fortement induré ; l'auscultation ne révélait que l'absence étendue des bruits respiratoires et de la matité. On trouve dans cette altération profonde du poumon la raison d'après laquelle, malgré l'appétit de la malade, il survenait à la suite de l'introduction des aliments de la gêne dans la respiration. Cela résultait de la distension de l'estomac par suite de la compression du poumon. La position du kyste, situé au bord postérieur du foie et qui comprimait la veine cave inférieure, explique aussi très bien l'œdème des membres inférieurs, ainsi que le liquide qui, à l'autopsie, a été trouvé dans la cavité abdominale.

COMpte RENDU

DES TRAVAUX DE LA SOCIÉTÉ POUR L'ANNÉE 1854.

PAR LE D^r BAUCHET,
Secrétaire.

Messieurs,

En abordant le compte rendu de vos travaux pendant l'année 1854, et songeant aux comptes rendus si remarquables de mes prédécesseurs, je ne me dissimule pas toute la difficulté de la tâche que m'impose l'honneur d'avoir été nommé votre secrétaire. Mais si j'éprouve quelques craintes, j'ai du moins la conscience d'avoir apporté tous mes efforts et tous mes soins dans ce travail, et je me sens rassuré en comptant sur votre bienveillante indulgence.

J'ai réuni et classé toutes les présentations, toutes les communications qui nous ont été faites; j'ai rendu à chacun ce qui lui revient. Parmi vos travaux, les uns sont venus confirmer des faits d'anatomie pathologique bien établis; d'autres ont mis en lumière des points encore obscurs; d'autres ont besoin de recherches ultérieures qui ne manqueront pas, quand je songe aux ressources nombreuses que nous possédons.

Grâce à l'institution de cette Société, tout ce qu'il y a d'intéressant dans les hôpitaux nous arrive, tout y est discuté; les faits acquièrent ainsi une authenticité nécessaire, et l'on peut venir puiser à plusieurs mains dans nos bulletins, quand on veut faire quelque ouvrage.

Ce compte rendu, messieurs, est important; il nous apprend tout ce qui a été fait, il nous indique ce qui reste à faire; c'est un jalon jeté pour résumer toute une année de travail en commun.

Mais pour se retrouver au milieu de cette multitude de pièces, de faits, de communications, de discussions, il faut suivre un ordre, adopter un plan. J'ai classé toutes nos présentations par appareils, par systèmes: ainsi pour le système osseux, ainsi pour l'appareil respiratoire, etc.; puis, en terminant, j'ai réuni en quelques chapitres les lésions qui ne peuvent pas entrer dans

tel ou tel cadre plus spécialement : les affections cancéreuses, les monstruosités, etc.

Vous verrez, messieurs, que c'est presque tout un tableau d'anatomie pathologique que j'ai à dérouler devant vous.

Lésions des os.

Parmi les présentations qui nous sont faites, il n'en est pas qui reviennent plus fréquemment que celles qui sont relatives aux maladies du système osseux et de ses dépendances (articulations synoviales, etc.). Nous en voyons donc presque toutes les séances. Les unes viennent confirmer des faits bien connus; les autres se font remarquer par des particularités, par des accidents plus ou moins fréquents, plus ou moins rares; quelques-unes sont intéressantes par elles-mêmes; d'autres tirent leur intérêt des complications qui les accompagnent.

Fractures.

Il semblerait que tout a été dit sur les fractures, et cependant chaque jour on rencontre des lésions plus ou moins curieuses, comme nous avons pu nous en assurer dans le courant de cette année, comme j'espère vous le montrer dans cette revue.

Nous devons à *M. Trélat* une pièce de *fractures multiples de côtes*, trouvée sur un cadavre apporté à l'école pratique. Cinq côtes avaient été cassées, quatre s'étaient ressoudées; il existait, entre les deux fragments de l'une d'elles, une fausse articulation. Les deux bouts de l'os avaient subi un double écartement, suivant leur épaisseur et suivant leur longueur; le fragment de la portion sternale de la côte était placé au-dessus et en dedans du fragment rachidien.

Nous avons eu plusieurs pièces de *fracture du bassin*.

L'une d'elles intéressait la partie postérieure du rebord de la cavité cotyloïde. Elle coïncidait avec une luxation du fémur dans l'échancrure sciatique. Elle avait été recueillie dans le service de *M. Maisonneuve*, et nous a été montrée par *M. Houël*.

Une autre, qui a été mise sous nos yeux par *M. Marcé*, a été rencontrée en faisant l'autopsie d'un jeune homme dont nous reparlerons à propos de la contusion du cerveau. Cette fracture

affectait le lieu d'élection et la forme des fractures de l'os iliaque. Elle était formée de trois fragments, réunies en Y, au fond de la cavité cotyloïde.

Sur ce même malade, on a pu observer un exemple rare de *fracture du fémur*, qui a été décrite récemment par M. Gerdy. C'est une fracture *en spirale*. Partant du grand trochanter, elle descendait en bas, en avant et en dedans, contournait le fémur en décrivant un tour de spire à peu près complet. Le fémur, comme chacun sait, est tellement conformé, qu'il semble tordu sur son axe, comme si la tête et l'extrémité inférieure avaient été tirées, contournées en sens contraire; les côtes, l'humérus, etc., ont aussi éprouvé un mouvement de torsion. Quand on examine cette disposition normale du fémur, on voit qu'elle a pour centre de torsion cette même ligne que suivait la direction de la fracture. Il semble que, pour la produire, la tête du fémur bien fixée, l'extrémité inférieure a été portée brusquement et violemment en dehors, en sens contraire de la torsion normale de l'os.

Ces fractures spiroïdes ne se rencontrent pas seulement sur le fémur, on peut les observer sur tous les os qui ont éprouvé, à un degré plus ou moins prononcé, ce mouvement de torsion sur leur grand axe. J'ai bien présente à la mémoire une fracture avec cette disposition, sur le corps de l'humérus; les côtes aussi se fracturent assez souvent de cette manière.

M. Bourcy, interne de M. Gosselin, à l'hôpital Cochin, a présenté, il y a quelques jours, une fracture spirale de l'extrémité inférieure du tibia. Elle était incomplète : partant du tiers inférieure du tibia, sous forme de fêlure, elle décrivait un tour de spire, suivait la torsion de cet os et arrivait jusque dans l'articulation. Ce fait, fort curieux, sera publié dans les bulletins de 1855.

Nous devons à M. Parmentier un exemple de *fracture du col du fémur* non consolidée sur un vieillard de soixante-dix ans. La surface des deux fragments était usée, éburnée, par le frottement.

M. Desnos nous a montré une *fracture du col du fémur* survenue chez une femme atteinte de cancer utérin, et qui s'était opérée dans un mouvement que la malade avait fait dans son lit. On voyait sur cette pièce une tumeur presque du volume du poing, et il était permis de supposer que cette tumeur était aussi de mauvaise nature, et que c'était sous l'influence de cette dia-

thèse que s'était produite la fracture. Malheureusement le cancer utérin, la tumeur osseuse, n'ont été examinés qu'à l'œil nu, et cette pièce perd une grande partie de son importance.

M. Broca, dont j'aurai bien souvent à vous citer le nom, nous a donné la description d'une *fracture du fémur mal consolidée*, et cependant le malade avait pu se servir de son membre, et la mobilité des fragments n'était pas sensible, quand on étudiait la lésion sur le vivant. C'est que le fragment inférieur formait comme une tablette, un socle sur lequel venait reposer le fragment supérieur, et que des liens fibreux, très résistants, les unissaient l'un à l'autre.

Le malade, ai-je dit, pouvait se servir de son membre, mais il en souffrait toujours. Il s'était formé des trajets fistuleux qui fournissaient constamment du pus, et de temps en temps il survenait autour du foyer de la fracture des bouffées inflammatoires, et il se formait de nouveaux abcès. L'explication de cette non-consolidation, de cette suppuration si longtemps prolongée, on la trouvait dans l'existence de deux séquestres situés à l'extrémité de chacun de ces deux fragments du fémur. De ces deux séquestres, l'un, plus volumineux, n'était pas encore mobile et avait déterminé une inflammation et un gonflement dans le reste de l'os; l'autre, plus petit, était mobile, mais tellement enfermé au milieu du cal, partie osseux, partie fibreux, qu'il eût sans nul doute échappé à une exploration faite à travers les parties molles; de telle sorte qu'une opération par laquelle on aurait tenté d'extraire le plus gros séquestre eût été une opération longue, pénible, douloureuse, et qui n'eût pas mis le malade à l'abri de nouveaux accidents.

Outre cet enseignement, qui découle naturellement de ce fait, cette pièce est venue une fois de plus démontrer qu'une violence extérieure peut non-seulement produire une fracture, mais encore dénuder, nécroser les fragments dans une plus ou moins grande étendue, sans qu'il existe pour cela de plaie extérieure.

A côté de cette présentation, je place une pièce que nous devons à *M. Milard*. C'est une *fracture des deux os de la jambe avec plaie*. Le malade a succombé à une suppuration de plus de trois mois. Les os avaient été fracturés au-dessus des malléoles. La consolidation était presque complète entre les deux fragments du péroné, le fragment supérieur du tibia chevauchait sur l'infé-

rieur en avant et en bas, et le dépassait au moins d'un travers de doigt. Un *séquestre*, à peu près mobile, était enchâssé entre le péroné et les deux fragments du tibia, et pour l'extraire, il eût fallu lui creuser une voie entre les os qui l'entouraient.

Pour le membre supérieur, nous avons eu moins de présentations. *M. Foucher* a déjà beaucoup insisté sur les *fractures du radius*. Recueillant les faits qui lui appartiennent et qui sont publiés dans les bulletins de cette année et nos bulletins des années précédentes, on pourrait faire une histoire complète de cette lésion. Ainsi, pour ne citer que les plus récentes, il nous a montré une fracture consolidée sur laquelle persistait le déplacement caractéristique; une autre pièce fraîche, qu'il a invoquée pour expliquer le mécanisme de ces fractures (voyez le compte rendu de 1852); une troisième qui pénétrait dans l'articulation et avait déterminé une suppuration articulaire avec fusées purulentes dans les gaines tendineuses de l'avant-bras.

Comme il arrive chaque année, nous avons eu un assez grand nombre d'exemples de *fractures de crâne*.

M. Charrier nous a montré une *fracture par enfoncement* d'une des pièces du *frontal* chez un enfant nouveau-né, masquée pendant la vie par un céphalématome. Elle était le résultat de la pression de la tête contre l'angle sacro-vertébral, pendant le travail de l'accouchement.

Le forceps avait été appliqué, mais aucun des points des cuillers n'avait porté sur l'endroit fracturé.

Pour les autres pièces, elles étaient toutes le résultat de chutes, de coups, de violences extérieures.

L'une d'elles, présentée par *M. Guyot*, au nom de *M. Desclaux*, de Montfort-l'Amaury, partait du pariétal et s'irradiait en divers sens. Quelques-unes de ces irradiations circonscrivaient une esquille du pariétal; l'une d'elles suivait l'axe du rocher dans le lieu d'élection de ces fractures. Le malade survécut soixante-dix jours à ses blessures (coups de maillet) et succomba probablement (car les détails sont assez obscurs) à une encéphalite survenue à la suite d'une contusion du cerveau. Toute la partie de l'encéphale correspondante à la fracture était réduite en bouillie.

Ces lésions de l'encéphale, à la suite de violences extérieures, méritent de nous arrêter un instant. Les symptômes qui se ma-

nifesteront à la suite de contusion du cerveau ou de ses enveloppes ne se montrent pas toujours, comme dans ce cas, immédiatement après l'accident. J'ai vu, dans le service de *M. Velpeau*, il y a dix-huit mois ou deux ans, un jeune homme qui avait reçu sur la tête un coup de sabre ayant intéressé la lame externe du pariétal; le malade sortit six à huit jours après son entrée à l'hôpital pour y rentrer quelques jours plus tard; il est mort d'une encéphalite, et à l'autopsie on a trouvé une couche de pus sur l'hémisphère du côté correspondant à la blessure, et les signes de l'encéphalite. J'ai vu un bûcheron qui, en tombant d'un arbre, s'était fait à la tête une blessure large et profonde, mais sans fracture; huit jours après il reprenait ses occupations et succombait un mois plus tard aussi à une encéphalite. La contusion, en effet, quand elle a frappé de mort une partie de l'encéphale, doit déterminer des accidents, un peu plus tôt ou un peu plus tard, après trois, quatre, six ou huit jours. La commotion se produit au moment où agit la violence extérieure. Ses effets persistent jusqu'à complète guérison. La contusion agit d'abord comme la commotion, puis il y a rémission dans les symptômes jusqu'au moment où se déclare une encéphalite tout autour du point contus.

Une autre pièce de *M. Gallard* nous offre un autre intérêt. Une jeune fille tombe d'un lieu élevé; il se fait par l'oreille un écoulement séreux d'abord, bientôt purulent. La malade meurt du choléra, un mois après son entrée à l'hôpital. *A priori*, si la malade avait vécu, un fait semblable pourrait être invoqué par les chirurgiens qui prétendent rapporter le suintement par l'oreille à l'écoulement de la sérosité d'un caillot sanguin. Le caillot s'est enflammé, et l'écoulement est devenu purulent... Mais l'autopsie est venue réfuter une fois de plus cette hypothèse: il n'y avait pas de caillot, mais une fracture du rocher. Cette opinion compte du reste peu de partisans.

Je regrette d'avoir à revenir sur ce fait, cité dans nos bulletins, et dans lequel il s'est glissé une erreur. *M. Parmentier* nous a rapporté qu'un malade, à la suite d'une violente contusion, s'était fait une fracture du rocher, suivant son axe longitudinal, et que la membrane du tympan n'avait pas été déchirée. Mais un examen plus attentif vint montrer que la membrane du tympan était loin d'avoir été respectée, et que l'écoulement par le nez venait d'une autre source que le liquide céphalo-rachidien.

La *trépanation* est une opération que l'on pratique rarement, trop rarement peut-être. Il existe, dans la science, bien des observations où cette pratique a été suivie d'un heureux résultat. Il est des faits analogues à celui-ci où les malades, à la suite d'une chute, à la suite d'un accident, ont été trépanés avec succès. Mais c'est surtout après une fracture avec enfoncement de la table interne, quand on veut arriver à une tumeur siégeant dans le crâne, que cette opération est acceptée par tous les chirurgiens.

Dans un cas de fracture du crâne, compliquée d'épanchement crânien, *M. Voillemier* a appliqué plusieurs couronnes de trépan. *M. Liégeois* nous a montré la pièce ; et l'observation est rapportée dans nos bulletins. La fracture siégeait sur le pariétal et l'occipital ; l'épanchement existait bien sous la fracture, dans le lieu où le trépan avait été appliqué. Le caillot sanguin, en partie enlevé, le malade a paru soulagé pendant quelques heures, mais il n'a pas tardé à succomber.

De l'examen général de ces pièces et de beaucoup d'autres, il résulte que les fractures dites par contre-coup, si elles existent, sont du moins tellement rares, que je n'en connais pas d'exemple bien positif ; la théorie admet qu'elles peuvent se rencontrer, mais la théorie est assez souvent démentie par l'expérience. En attendant, je crois, avec *M. Aran*, que les fractures du crâne ont lieu par cause directe, et qu'elles partent du point où a porté la violence extérieure, et je fonde mon opinion sur l'examen des pièces que j'ai pu rencontrer et sur une quarantaine d'expériences que j'ai faites sur le cadavre, dans le but d'éclairer cette question, et aussi sur les expériences de *M. Trélat*.

Exostoses. — Névroses. — Ostéites, etc.

A côté de ces affections traumatiques des os, il faut placer d'autres lésions du tissu osseux qui peuvent être rangées parmi les lésions de nutrition.

Je cite d'abord un *fémur* recueilli sur un sujet de quinze à vingt ans, qui nous a été montré par *M. Foucher* comme exemple de guérison d'un os rachitique. On voyait le tissu osseux dur, rougeâtre... ; mais je m'arrête : c'est dans les bulletins de la Société que nous trouvons le remarquable mémoire de *M. Broca* sur le rachitisme ; et je me borne à rapporter le fait qui a été mis sous nos yeux sans y ajouter de réflexions.

On se sert du mot *exostose* pour désigner des maladies des os bien différentes les unes des autres. Cette expression est souvent mal choisie ; elle emporte l'idée d'une tumeur circonscrite plantée sur un point quelconque d'un os ou de plusieurs os ; tantôt, au contraire, il s'agit d'une hyperostose, tantôt d'une périostose. Il est vrai qu'au lit des malades il serait difficile de différencier ces dernières lésions ; et le plus souvent, en même temps qu'il y a de la périostose, il se rencontre de l'hyperostose, ou réciproquement. Mais ne serait-il pas plus avantageux de prendre le mot *exostose* dans certains cas, quand l'affection est bien limitée ; le mot *hyperostose*, au contraire, lorsque l'affection est diffuse ? Cette confusion dans les mots peut amener de la confusion dans les idées. Je conserverai le mot *exostose* dans les premiers cas que je vais rapporter ; je prendrai le mot *hyperostose* pour les derniers.

Parmi ces lésions nous trouvons :

Une *exostose des vertèbres cervicales*, dont nous parlerons plus loin ; je rapprocherai de cette pièce une *exostose* développée entre deux côtes, que nous a montrée *M. Verneuil*. Une autre *exostose* de nature syphilitique développée sur les os du crâne, que nous devons à *M. Charrier*, et dans laquelle trois os participaient à l'altération : le frontal, le pariétal, l'occipital. Elle avait déterminé de l'exorbitis et faisait une légère saillie dans le crâne. Chez le malade qui portait cette exostose, on a remarqué, dans les derniers temps de la vie, un peu de gêne de la parole, un peu de lenteur dans l'expression, fait qui viendrait à l'appui de l'opinion de *M. Bouillaud* sur les signes que l'on observe du côté de la parole, alors que les lobes antérieurs du cerveau sont comprimés ou altérés.

Une *hyperostose* qui occupait l'extrémité inférieure du fémur, et qui nous a été présentée par *M. Guyon*, doit être rapprochée des exostoses décrites par *A. Cooper*. L'absence de douleurs ostéocopes éloigne l'idée d'une affection syphilitique ; l'altération du fémur fait rejeter aussi l'idée d'une arthrite sèche simple, qui a pour caractère principal d'être bornée à l'articulation et de respecter le corps des os voisins. A l'aide de coupes convenablement dirigées, on retrouvait l'ancien os enfermé dans un tissu aréolaire de nouvelle formation, sécrété entre le périoste et l'os lui-même, qui avait son canal un peu élargi. Au milieu des aréoles de ce nouveau tissu, on trouvait quelques cavités plus larges

remplies d'une matière mollassse, un peu fongueuse, que l'on pouvait enlever assez facilement par le raclage. Il est à regretter que cette matière n'ait pas été examinée au microscope. La durée de la maladie, la forme de lésion, dont le début remontait à plus d'un an, l'absence de douleurs, font penser qu'il ne s'agissait pas d'un cancer. Tout autour de la surface malade on trouvait quelques stalactites osseuses : l'une d'elles occupait le tendon du grand adducteur ; une autre était placée sous le muscle triceps, qu'elle avait respecté ; une troisième était située dans la gaine du jumeau interne, dont l'aponévrose était en partie ossifiée à sa partie supérieure. Du côté de l'articulation, on retrouvait les principales lésions de l'arthrite sèche : induration et plaque osseuses dans la synoviale, franges vasculaires, corps étrangers libres ou pédiculés, usure des cartilages par places ; mais une autre lésion du côté des voies urinaires, des *varices au col de la vessie*, venaient encore augmenter l'intérêt de cette présentation. Je reviendrai sur le fait quand je ferai la revue des lésions de l'appareil génito-urinaire.

Il est une variété d'exostoses qui réclame souvent le secours de la chirurgie, dont j'ai eu l'honneur de vous montrer un exemple. C'est un cas d'*exostose sous-unguéale*. Cette maladie rebelle s'annonce par une gêne dans les mouvements, une douleur fixe augmentant par la pression, un soulèvement de l'ongle. On voit, quand on l'étudie, qu'elle est produite par les fibres osseuses de la phalange unguéale elle-même, et pour la guérir bien des moyens ont été mis en usage. Quelques chirurgiens ont même proposé de pratiquer l'amputation de la phalangette ; mais, dans la majorité des cas, il suffit de réséquer la phalange, d'emporter l'exostose avec l'ongle qui la recouvre, au moyen d'une serpette assez forte et bien coupante, que l'on tient et que l'on manie comme s'il s'agissait de tailler une plume. On observe bien encore quelquefois des récidives, mais elles sont rares, surtout quand on n'a pas craint de porter l'instrument assez profondément. Cette opération s'exécute facilement, promptement, et la guérison ne se fait pas attendre.

Nécroses.

Je vous ai déjà entretenus de deux cas de séquestres, suites de

fractures du fémur et des deux os de la jambe. Ce sont des nécroses d'un autre ordre qui vont nous occuper un instant.

M. Guyot a mis sous nos yeux quelques os de la tête nécrosés sur leur table interne. Dans les anfractuosités qui avoisinent la nécrose, on trouvait une substance analogue à du mastic de vitrier. Cette pièce peut être rapprochée d'une semblable lésion sur laquelle *M. Rouget* nous a donné précédemment des détails intéressants; or, la présence de cette substance établit une grande probabilité pour faire croire que la maladie est d'origine syphilitique.

Un autre cas de nécrose présenté par *M. Titon* avait eu pour point de départ une gangrène. Des faits semblables ne sont pas rares; mais le sujet de cette observation nous offrait un point d'ostéogénie assez curieux, sans être tout à fait exceptionnel. L'apophyse acromiale était mobile et ne s'était jamais soudée au reste de l'épine de l'omoplate.

Enfin, je vous signalerai une pièce pathologique de *M. Luys*: un petit séquestre logé dans l'extrémité inférieure du fémur, dans une petite cavité qui s'ouvrait dans l'articulation fémoro-tibiale. On trouvait dans l'articulation un liquide grumeleux, analogue à du pus.

Ostéites, etc.

Je glisserai rapidement sur un cas d'*ostéomyélite* présenté par *M. Foucher*, qui a tant étudié les maladies du système osseux, et qui a appelé votre attention sur ce sujet dans le compte rendu de l'année précédente. Le périoste était ramolli et se décollait facilement; on voyait sur la surface osseuse un pointillé rouge caractéristique, dans quelques endroits des pertuis, des ouvertures s'enfonçant profondément jusqu'au canal médullaire. La moelle était enflammée, et l'on trouvait les trois degrés de myélite, une rougeur intense, un mélange de substance médullaire et de graisse, une véritable pulpe jaunâtre et du pus bien formé.

Je rapprocherai de ce fait une *périostite générale* que nous devons à *M. Boullard*, ayant envahi les deux os de l'une et de l'autre jambe, le cubitus d'un côté, un métatarsien, etc. Le périoste, fongueux, mollasse, épaissi, se détachait avec facilité.

Un cas d'*ostéite chronique* venant du service de *M. Michon*,

et qui nous a été présenté par *M. Tarnier*. L'os était considérablement hypertrophié, le périoste épaissi; le canal médullaire avait disparu. Cette affection avait amené une suppuration abondante, des trajets fistuleux, etc. Le malade était mort d'une fièvre hectique.

Enfin une pièce qui nous a été montrée par *M. Bailly*, recueillie sur le cadavre d'un homme mort d'une autre affection. La lésion occupait la partie supérieure du tibia, qui était gonflé, hypertrophié. Le canal médullaire avait disparu; mais on trouvait deux cavités bien nettes, remplies d'une substance molle, fongueuse, rougeâtre, de la substance médullaire, comme l'a constaté *M. Robin*.

Avant de quitter ce chapitre, j'appellerai encore votre attention sur trois présentations : deux sont relatives aux os du crâne; la dernière intéresse la jambe.

M. Chairou nous a montré la calotte crânienne d'un homme admis à l'hospice des Incurables, qui avait reçu un éclat d'obus à Pesth (Hongrie). On voyait qu'il s'était développé sur la face pariétale de la dure-mère des noyaux osseux de nouvelle formation, qui venaient réparer, en partie, la perte de la substance.

M. Dolbeau nous a présenté deux perforations des os du crâne, parfaitement semblables et symétriques, situées de chaque côté de la ligne médiane, près des bosses pariétales, bien arrondies, de la grandeur d'une pièce d'un franc, dont les bords étaient amincis. Elles avaient été trouvées sur le crâne d'un vieillard. Nulle trace de violence extérieure, de cicatrice, etc., du côté des téguments. Il s'agissait là, comme nous l'a fait remarquer notre président, d'une atrophie, d'une résorption du tissu osseux. Cette disposition s'observe quelquefois chez les vieillards à des degrés moins avancés; on trouve les os amincis et réduits à un feuillet de la minceur d'un parchemin; à un degré intermédiaire, la perforation est complète dans un point et l'os est réduit à une lamelle mince autour du pertuis.

Corps étranger dans le ligament interosseux de la jambe.

Si je place ici la présentation de *M. Foucher*, c'est que je dois lui consacrer un paragraphe spécial. Entre les deux os de la jambe, à la partie supérieure du ligament interosseux, dans l'é-

paisseur même de ce ligament, M. Foucher a trouvé un corps étranger, bien enkysté, qui n'était autre chose qu'une de ces billes de marbre qui servent aux jeux des enfants.

En bas de ce membre, sur le tibia, on voyait des traces d'os-téite ancienne; du côté des téguments, des traces de cicatrices déprimées. Il est probable que dans nos guerres civiles cette bille aura servi à charger un fusil, qu'elle aura frappé l'extrémité inférieure de la jambe, sera restée dans les tissus, et aura cheminé consécutivement dans les parties molles, pour venir se loger ainsi dans le ligament interosseux, où on l'a rencontrée.

Lésions des articulations.

Luxations.

Trois luxations ont rapport à l'articulation du genoux; deux à l'articulation coxo-fémorale, deux à l'articulation tibio-tarsienne.

Et d'abord pour la *rotule*: M. Tainturier nous a présenté une luxation de la rotule qu'il avait recueillie sur un ancien militaire de soixante-dix ans, mort d'une hypertrophie du cœur. Cette luxation avait été produite par une chute de cheval. Après un certain temps passé dans les ambulances, ce militaire avait pu marcher et se servir de sa jambe, mais il existait une déformation considérable du genou; la rotule resta luxée en dehors. On sentait bien, pendant la vie, la rotule sur le condyle externe du fémur; la réduction était impossible, contrairement à ce qu'on observe le plus généralement, contrairement à ce qui existait sur un malade dont M. Dufour nous a rapporté l'observation.

(Un joueur d'orgue, à la suite d'une plaie à la partie interne et antérieure du genou, avait conservé une luxation de la rotule; et l'on pouvait réduire ce déplacement quand le malade était couché).

On trouvait sur la pièce de M. Tainturier l'explication de cette particularité. Une bande fibreuse dense, résistante, formée par le faisceau des fibres aponévrotiques qui, de la rotule, se portent sur le condyle et sur le ligament externe de l'articulation, maintenait solidement la rotule dans sa position anormale. Une autre déformation était la conséquence de la première; le tibia, le péroné étaient tirés, contournés en dehors, comme si les cavités glé-

noïdes du tibia restant en place, on avait fait accomplir au reste de l'os un mouvement de torsion en dehors et en arrière. Ce que l'on pourrait produire artificiellement si les os étaient assez mous pour être tordus sur eux-mêmes, le ligament rotulien l'avait produit lentement, graduellement, et cela à cause de sa direction nouvelle depuis la luxation de la rotule.

M. Frémineau nous a fait voir une *luxation persistante de la rotule*, survenue à la suite d'un épanchement articulaire abondant. Ce fait, qui tout d'abord pourrait paraître singulier, s'explique quand on songe à la position de la rotule plus rapprochée du condyle externe que du condyle interne, et surtout à la résistance moins considérable en dedans qu'en dehors, du revêtement fibreux qui s'épanouit de la rotule sur les condyles.

Le troisième fait que nous devons à *M. Tarnier*, est relatif à une *luxation congénitale des deux genoux*. C'est un des vices de conformation les plus curieux qui aient été observés jusqu'ici. Les deux genoux étaient déformés, la jambe se fléchissait en avant sur la cuisse ; on pouvait imprimer facilement à l'articulation des mouvements de latéralité, mais on ne pouvait pas opérer complètement l'extension. Le couturier, le droit interne, le demi-tendineux, passaient en avant de l'articulation et étaient devenus extenseurs. La partie postérieure des condyles fémoraux paraissait manquer, la rotule était rudimentaire.

Si l'on cherche dans les recueils et les traités scientifiques des faits analogues à celui-ci, on trouve seulement que notre honorable président a vu, sur un fœtus monstrueux, une déformation à peu près semblable, mais à des degrés moins prononcés ; que *Sanson*, dans sa thèse de 1841, cite un fait analogue, mais observé sur un seul membre ; que *Wutzer* a observé une double déformation des genoux, mais que la rotule manquait des deux côtés.

Le fait de *M. Tarnier* est donc du plus haut intérêt ; c'est surtout la fausse direction des tendons de la patte d'oie qui étonne et qui paraît donner la clef des désordres que nous avons observés. Mais ici se présente une question embarrassante : Cette direction anormale a-t-elle été la cause ou la conséquence de la déformation des condyles fémoraux ? Je ne trancherai point la question en m'appuyant sur cette seule pièce, mais j'avoue que la première hypothèse me paraît la plus séduisante.

Nous avons vu deux cas de *luxation du fémur* : l'une présentée par *M. Bidart* ; c'était une luxation incomplète de la tête du fémur en arrière et en bas, dont la réduction était facile, et qui avait présenté pour signes principaux la rotation du pied en dedans, une flexion légère de la cuisse sur le bassin ; l'autre, qui vient de la maison de santé, nous a été montrée par *M. Parmentier*. On l'a trouvée sur un blessé qui est mort d'une fracture de la base du crâne et dont il a déjà été parlé. La luxation était complète ; les muscles, à l'exception du psoas, étaient lacérés, le pied était dans la rotation en dehors. C'était une luxation sous-pubienne.

Je cite ici pour mémoire une autre luxation présentée par *M. Houël*, coïncidant avec une fracture de la cavité cotyloïde.

M. Bastien a mis sous nos yeux une *luxation du pied* en dedans avec fracture de la malléole interne et arrachement de tous les ligaments internes et externes de l'articulation, et de petits fragments osseux qui restaient adhérents à ces ligaments. Cette luxation, survenue après une chute d'un lieu élevé, était évidemment la conséquence de la fracture de la malléole.

Dans ce cas, tout le pied a été luxé ; mais il existe, dans la science, quelques exemples de luxation d'un des os du tarse, l'*astragale*. Cette lésion va nous arrêter un instant.

Vous pouvez lire dans nos bulletins la description que *M. Foucher* nous a donnée d'une *luxation de l'astragale*, par rotation de cet os sur son axe vertical. Comme elle existe avec tous les détails nécessaires, bien clairement exposés, je ne m'y arrête pas ; mais j'insiste sur un autre fait, qui nous a été présenté et qui doit être rapproché du précédent.

M. Kæklin a montré à la Société, sans pouvoir donner de détails sur les antécédents du malade, une pièce qui, examinée par *M. Foucher*, a offert les particularités suivantes : Le pied est légèrement incliné sur son bord externe. Les os de la jambe sont intacts, et, parmi les os du tarse, le calcanéum, le scaphoïde, le cuboïde offrent leur disposition normale, mais l'astragale est fracturée, et la lésion existant au niveau de la partie moyenne de l'os est sensiblement transversale et divise l'os en deux fragments inégaux : le postérieur, plus petit, a conservé sa place ; mais le fragment antérieur, plus volumineux, a été poussé en avant et en dehors, de manière qu'on le trouve placé en avant de la

mortaise tibio-péronière, ayant subi un certain degré de rotation en dehors sur son axe vertical; la poulie astragaliennne se voit en avant du bord antérieur du tibia. La tête de l'os ne repose plus que sur la moitié externe de la fosse scaphoïdienne et la face postérieure de ce fragment porte sur le bord antérieur de la malléole externe. La partie externe de ce fragment, saillante, a été reséquée; et l'on trouve, entre les deux fragments, et en dedans, un petit séquestre complètement libre. C'est donc là un exemple de fracture de l'astragale avec luxation du fragment antérieur, le fragment postérieur n'ayant subi aucun déplacement. Si la tête de l'astragale a été reséquée, c'est qu'on a attribué à sa position, à la nécrose de son extrémité antérieure, la suppuration qui minait la santé du malade. Mais l'autopsie est venue démontrer qu'elle était entretenue par le séquestre dont il a été question plus haut.

Ces faits pourront servir plus tard à édifier l'histoire encore très incomplète des luxations de l'astragale. La pièce de M. Foucher est surtout bien curieuse. La variété dont elle offre un exemple est en effet fort rare, et à part le cas mal décrit par Laumônier (*Journal de Fourcroy*, t. II, p. 60), à part l'indication donnée par M. Morel-Lavallée, sur un fait aussi incomplètement décrit par M. Morisson (*Dublin, Medical Press*, 1843), on ne possède jusqu'à présent que l'observation de notre collègue et deux autres faits encore inédits, observés, l'un par M. A. Thierry, et l'autre par M. Deuonvilliers, et dont nous devons la connaissance à M. Broca. Il serait prématuré, sans aucun doute, de chercher à instituer, avec ces trois faits seulement, la description de la variété de luxation de l'astragale par rotation de cet os sur son axe vertical, et surtout de chercher à pénétrer le mécanisme très compliqué de sa production.

Mais il est encore d'autres faits de luxation de cet os par rotation sur son axe antéro-postérieur; et, dans ces cas, l'astragale peut changer de position: tantôt sa face inférieure sera en rapport avec la malléole interne; suivant que l'astragale a roulé sur son axe antéro-postérieur, de dedans en dehors, ou de dehors en dedans. Il arrivera même que cette face inférieure pourra se placer sous la mortaise péronéo-tibiale, et constituer la luxation *sens dessus dessous*.

Je ne m'arrêterai pas plus longtemps sur les luxations de

l'astragale, je vous rappellerai seulement la *luxation du cuboïde*, en bas, sur la pièce de notre collègue, M. Foucher. Que cette luxation soit primitive ou consécutive, elle n'en constitue pas moins une lésion fort intéressante. C'est le seul fait qui existe dans la science, de luxation du cuboïde.

Corps étrangers.

Depuis les communications de M. Deville, depuis le compte rendu si remarquable de M. Broca et la description de l'arthrite sèche, nous connaissons bien l'étiologie, le mode de développement de ces corps étrangers, et quand une pièce passe sous nos yeux, nous l'examinons à cause des dispositions si variées, des formes si bizarres que nous présentent ces productions, mais nous ne discutons plus leur origine. Et cependant combien de chirurgiens devraient relire nos bulletins, ou venir à quelques-unes de nos séances ! Nous avons si souvent l'occasion de voir de ces corps étrangers, et M. Foucher nous a montré cette année tant de pièces intéressantes !

Ce serait fastidieux pour vous, messieurs, de m'entendre répéter ce que vous savez aussi bien que moi, de copier la description de l'arthrite sèche dans le compte rendu de M. Broca ; je vais me borner à vous faire le tableau des pièces qui nous ont été présentées.

Les corps étrangers ont en quelque sorte pour siège de prédilection l'articulation du coude ; mais ce n'est pas à dire pour cela qu'on ne les trouve pas ailleurs. Je citerai d'abord un groupe de pièces qui nous ont été communiquées par M. Foucher ; et encore notre savant collègue ne nous a-t-il apporté que les exemples les plus curieux parmi ceux qu'il a recueillis. Il a surtout insisté sur un point, sur la mobilité de ces corps étrangers suivant les diverses positions de l'article, fait intéressant et qui peut avoir des conséquences pratiques dans les opérations que l'on peut tenter pour de semblables lésions.

Puis une pièce de M. Voisin : c'est une articulation du coude dans laquelle on trouve trois corps étrangers. L'un d'eux, placé en avant de l'apophyse coronoïde, triangulaire, mobile, aurait pu faire croire à une fracture non consolidée de cette apophyse, si l'on n'avait pas trouvé en même temps d'autres lésions de l'ar-

thrite sèche (élargissement, éburnation des surfaces articulaires, etc.), et aussi d'autres corps étrangers.

Une autre articulation du coude, qui nous a été montrée par M. Aubré, était affectée de rhumatisme articulaire aigu, enté sur une arthrite sèche. On y voyait plusieurs corps étrangers dont un s'était creusé une petite loge dans l'extrémité inférieure de l'humérus, à côté de la petite cavité destinée à loger le bec de l'apophyse coronoïde.

Puis une *arthrite sèche* du genou présentée par M. Guyot. Il y avait ossification de la synoviale et plusieurs corps étrangers. Cette pièce offrait à un degré moins avancé les lésions que nous avons trouvées sur un genou apporté à la Société par M. Jessé. Dans ce dernier cas, l'articulation dont les surfaces étaient comme éburnées, était enveloppée d'une coque osseuse dans laquelle était enclavée la rotule.

Je n'ai pas à vous citer de pièce relative aux corps étrangers. Ce sont eux qui réclament le plus souvent les secours de la chirurgie. Ils reconnaissent la même étiologie que les corps étrangers des autres articulations.

Le plus beau cas d'arthrite sèche que nous ayons vu, nous le devons à *notre honorable président*, qui désigne aussi cette altération sous le nom de *maladie par usure des cartilages*. Elle occupait les deux articulations coxo-fémorales, et a été recueillie sur une femme morte du choléra, et qui pendant sa vie ne pouvait plus marcher.

Les cavités cotyloïdes sont énormément dilatées, rugueuses, inégales, éburnées dans quelques points. La tête de l'un et l'autre fémur est aussi érodée, éburnée, et elle a surtout perdu sa forme arrondie, pour devenir anguleuse, inégale. Le col a diminué considérablement, et se trouve former un angle droit avec le corps de l'os. On trouve dans les articles plusieurs corps étrangers, plus ou moins volumineux, les uns libres, les autres attachés à un pédicule plus ou moins large. Les deux articulations sont énormes; chacune d'elles est plus grosse que les deux poings réunis: la capsule fibreuse est épaissie, indurée; elle est remplie d'une synovie filante, roussâtre. Le tissu cellulaire ambiant est aussi épaissi, induré; les muscles, surtout le psoas, sont devenus comme fibreux. On trouve même dans le psoas une aiguille osseuse qui semble appartenir à sa gaine aponévrotique. Ajoutez

à cela que le bassin lui-même, par suite de cette altération, était élargi, surtout au niveau de la symphyse pubienne, et vous aurez en quelques mots le tableau de la pièce que nous a présentée M. Cruveilhier.

Avant de passer aux opérations qui se pratiquent sur les articulations, je dois vous rappeler encore deux pièces : l'une de M. Parisot, l'autre de M. Dolbeau.

Dans le premier fait, c'est une *arthrite tuberculeuse*, ou plutôt une tumeur blanche tuberculeuse du genou. L'examen de la pièce a été fait par M. Broca ; c'est vous dire qu'il ne manque rien, pour que l'observation ait toute la valeur qu'elle mérite.

Au centre de l'articulation on trouvait des masses tuberculeuses mélangées à du pus, la synoviale épaissie, fongueuse, infiltrée aussi de tubercule, facilement reconnaissable ; elle était comme déchiquetée dans certains points. On voyait aussi du tubercule infiltré dans le tissu spongieux de l'extrémité du fémur et du tibia.

Dans le second, c'est une *ankylose incomplète* du coude, trouvée sur un squelette. *Le cubitus est soudé à l'humérus* ; le radius est libre et son extrémité supérieure roule dans un ligament annulaire, en partie ossifié.

Désarticulations. — Résections.

Les amputations partielles du pied ont de tout temps, et surtout depuis Chopart et Lisfranc, préoccupé les chirurgiens. Parmi elles, l'*amputation*, dite *sous-astragalienne*, a pris un rang qu'elle mérite, et déjà nous comptons au moins huit opérations de ce genre pratiquées et suivies d'un heureux résultat. Deux fois cette année M. Nélaton y a eu recours ; deux fois M. Lorain nous a montré l'altération, qui avait réclamé cette opération (une carie des os du tarse et du métatarse). M. Nélaton eût probablement compté deux succès de plus, si l'un des opérés n'était mort du choléra. Sur cette pièce, nous avons pu constater une altération remarquable de l'articulation tibio-tarsienne. M. Lorain avait vu un gonflement assez notable et observé une douleur assez intense à l'extrémité du moignon. Le malade succomba, et à l'autopsie on trouva une suppuration abondante et surtout une *fausse membrane* bien nette, bien évidente,

assez étendue, couvrant une grande partie de la synoviale de l'articulation tibio-tarsienne.

M. *Tarnier* nous a montré une pièce pathologique digne de nous arrêter quelques instants. Un malade était entré dans le service de M. *Michon* pour une affection des os du pied avec suppuration, trajets fistuleux, au niveau de l'extrémité postérieure des cinquième et quatrième métatarsiens.

Après un examen attentif, M. *Michon* reconnut que la lésion était bien limitée, et réséqua le quatrième métatarsien et l'extrémité postérieure du cinquième. Trois mois après, le malade était complètement guéri et marchait bien. Mais, deux mois plus tard, il mourut du choléra. Il était curieux de rechercher l'état des parties amputées.

Les deux derniers orteils étaient relevés sur la face dorsale du pied, dont le diamètre antéro-postérieur était devenu moindre. La partie restante du cinquième métatarsien s'était inclinée et rapprochée du cuboïde et du troisième métatarsien. Le diamètre latéral du pied était un peu moins étendu. Du reste, la guérison était complète; les os étaient sains et la cicatrice parfaitement établie.

Les résections sont, sans contredit, une des plus belles conquêtes de la chirurgie moderne; tout le monde est d'accord pour reconnaître leurs avantages, quand on les pratique sur le membre supérieur. De telles opérations sont plus rarement mises en usage pour le membre inférieur. Les résections partielles du pied, des métatarsiens, ont été pratiquées un petit nombre de fois. On n'en trouve qu'une description incomplète et peu détaillée dans les auteurs, même les plus modernes. Voilà pourquoi j'ai insisté sur le fait de M. *Michon*.

C'est surtout le premier et le cinquième métatarsiens que l'on a réséqués jusqu'à présent, et cela parce que l'on peut fixer, pour enlever ces os, pour attaquer leurs articulations, des règles plus nettes que pour les autres métatarsiens; et cependant les résections des deuxième, troisième et quatrième métatarsiens ne présentent pas beaucoup plus de difficultés: elles offrent pour les résultats ultérieurs des avantages incontestables, surtout dans les cas où l'on pourrait extraire la partie antérieure de ces os sans toucher aux articulations postérieures.

Ainsi comprise, ainsi exécutée (une seule incision dorsale, une

coupe de l'os avec la pince de Liston, etc.), l'opération est d'une exécution prompte et commode.

Je ne quitterai pas ce sujet sans vous citer un fait qui m'est personnel.

J'ai pratiqué, il y a bientôt deux ans, *une amputation médio-tarsienne*, et le malade est resté complètement guéri; il marche, monte à l'échelle, etc., et ne se sert que d'une simple bottine, sans coussin, sans appareil. Nous aurons probablement l'occasion de revenir sur ce sujet, et je pourrai alors vous soumettre quelques réflexions sur les conséquences de l'amputation, dite de Chopart.

Enfin, *M. Rouget* nous a présenté un *moignon*, suite d'amputation du pouce, et a surtout insisté sur la disposition des nerfs. Il n'y avait pas de renflement à leur extrémité. Le nerf collatéral interne, arrivé vers l'extrémité amputée, se recourbait de dedans en dehors, contournant le moignon et venant se réunir au collatéral externe.

Colonne vertébrale.

Aucune des lésions qui nous ont été présentées n'était le résultat d'une violence extérieure. Nous n'avons eu ni fracture, ni luxation de la colonne vertébrale.

Parmi les pièces que nous avons vues, les unes étaient des faits rares d'anatomie pathologique, d'autres viennent confirmer des idées bien établies. — Ainsi nous avons eu plusieurs cas d'*arthrite vertébrale*. Dans l'une, qui nous a été montrée par *M. L. Blin*, il existait une gibbosité bien marquée : c'était un jeune enfant tuberculeux. Le tissu cellulaire, au-devant de la colonne vertébrale, était épaissi, induré, on aurait cru tout d'abord que c'était une collection purulente, un abcès par congestion à la suite d'une tuberculisation des vertèbres. Il n'y avait pas de pus. Cinq ou six vertèbres offraient des traces d'ostéite; quelques-unes étaient usées sur une de leurs faces; parmi les disques intervertébraux, les uns étaient sains, les autres étaient pulpeux. Quelques-uns avaient été résorbés, et les vertèbres voisines étaient presque complètement soudées. Dans un autre cas qui nous a été aussi montré par *M. L. Blin*, l'*arthrite vertébrale* avait eu pour point de départ une rougeole. L'enfant est mort de méningite, et à l'autopsie on a trouvé une gibbosité dans la région dorsale, peu marquée,

avec ostéite des vertèbres environnantes et inflammation des disques intervertébraux, induration du tissu cellulaire sans trace de suppuration.

L'arthrite vertébrale, si bien décrite par M. Ripoll, est une lésion bien réelle, fondée sur des faits rigoureusement observés. Tantôt elle provoque la formation d'un ou plusieurs abcès; le plus souvent elle se guérit sur place, sans suppuration, après un temps en général assez long. La gibbosité est le résultat de l'altération des disques intervertébraux et de leur résorption. Les vertèbres se touchent alors et finissent par se souder. C'est une affection peu grave, même quand elle donne lieu à la formation d'un abcès, si on la compare à une lésion bien plus commune et dont nous avons eu aussi des exemples. Je veux parler de la tuberculisation des vertèbres et des pièces que nous ont présentées MM. L. Blin, Blain des Cormiers, Warmont.

M. L. Blin nous a montré une pièce bien curieuse, une *carie de l'atlas*. L'arc postérieur était détruit, l'arc antérieur était soudé à l'occipital. L'enfant ne pouvait plus soutenir sa tête qui s'affaissait, et alors il était menacé d'asphyxie. Il est mort dans un de ces moments. La tête s'était portée vers le sternum, et l'apophyse odontoïde saillante en arrière avait comprimé la moelle et déterminé la mort.

Enfin, messieurs, je vous citerai une *exostose* des vertèbres cervicales, que nous devons à M. Boullard. Placée sur les lames postérieures des troisième, quatrième et cinquième vertèbres cervicales, elle faisait un relief, bien marquée en arrière, et laissant intact le canal rachidien. Elle était constituée par une saillie osseuse qui intéressait en même temps chacune des vertèbres que je viens de citer, et qui même se prolongeait plus loin en haut et en bas.

Je rapprocherai cette lésion d'une autre pièce que nous a fait voir M. Verneuil. L'*exostose* était placée entre deux côtes, qui, pour la constituer, s'envoyaient réciproquement des prolongements osseux.

Si je signale à côté l'une de l'autre ces deux présentations, c'est pour insister sur une disposition assez fréquente, que l'on rencontre, quand l'exostose siège entre deux os qui se touchent, ou qui sont voisins l'un de l'autre. L'exostose est formée par plusieurs os en même temps. Cette loi était vraie dans la pièce de

M. Boullard, dans la pièce de M. Verneuil. *M. Broca* a vu une semblable lésion entre deux métacarpiens, *M. Foucher* entre le tibia et le péroné, et moi-même entre deux métatarsiens et entre deux vertèbres.

Tendons, articulations. — Kystes des doigts (ganglions).

Il est une affection dont nous avons souvent des exemples à la Société, et qui, pour être assez commune, n'en est pas moins très intéressante; je veux parler de ces petites tumeurs désignées sous le nom de *ganglions*.

Il y a longtemps que l'on a fait justice de la valeur, de la signification de ce mot, et cependant il est encore employé tous les jours. C'est qu'en effet tous les pathologistes le comprennent et qu'il ne préjuge rien; c'est qu'il s'applique aux caractères physiques, palpables, d'une affection qui remonte à des causes diverses.

Ces tumeurs, ces petits kystes sont de trois ordres : les uns sous-cutanés, rappellent les lois générales qui président à la formation des bourses séreuses. Elles ont la même étiologie que les bourses séreuses des malléoles externes chez les tailleurs; de la région dorsale chez les portefaix; de la rotule chez les personnes qui sont souvent à genoux, les parqueteurs, les religieuses, etc. Mais elles ne portent le nom de ganglions que quand elles existent dans des régions où il se développe d'autres tumeurs plus profondes, dont je parlerai dans un instant, au poignet, aux articulations des doigts, etc. Dans cette première catégorie vient se ranger une pièce présentée par *M. Foucher* : une bourse séreuse sous-cutanée, très petite, pleine de liquide, qui devenait tendue pendant l'extension, etc., et qui était placée au niveau de l'articulation de la première avec la deuxième phalange d'un des doigts. Elle ne communiquait ni avec l'articulation, ni avec la coulisse fibro-synoviale.

D'autres tumeurs reposent sur la coulisse des tendons qui leur a donné naissance; et, dans ce cas, les unes tiennent à ces gânes tendineuses par un pédicule, par un goulot qui s'est oblitéré, les autres peuvent disparaître quand on les comprime. Nous devons à *M. Foucher* une pièce où l'on voyait fort bien un kyste qui tenait à la coulisse fibro-synoviale. Mais tout n'est pas dit quand on a déterminé le point de départ du ganglion. Existe-t-il dans

les gaines des tendons de ces petits culs-de-sac, de ces follicules synovipares si bien décrits par M. Gosselin pour des synoviales articulaires ? Ces petites tumeurs sont-elles dues à l'oblitération ou au développement anormal de ces follicules, ou bien faut-il les rapporter à une hernie de la séreuse des tendons ? M. Foucher, d'après ses propres recherches, est porté à admettre qu'il existe aussi, dans les coulisses fibro-synoviales, des follicules semblables à ceux des articulations ; la pièce qu'il nous a présentée devrait être rangée parmi les tumeurs de cette nature. Mais il ne faut pas rejeter d'une manière absolue, pas plus que pour les articulations, la théorie de la formation de ces kystes par hernie de la séreuse à travers une éraillure des fibres qui la doublent.

Ces recherches, ces présentations de M. Foucher nous conduisent tout naturellement à la troisième série des ganglions, ceux qui ont pour origine les articulations elles-mêmes. Autrefois c'étaient des hernies de la synoviale : si elles étaient réductibles, l'orifice de communication de la cavité articulaire et de la poche accidentelle existait encore ; si elles ne disparaissaient pas sous une pression continue et prolongée, si l'on ne pouvait pas refouler le liquide de la poche dans la synoviale, le goulot était oblitéré, et l'on était satisfait. Certes, il y a bien des cas où l'on peut encore soutenir cette opinion ; il y a bien des tumeurs de la région poplitée qui peuvent être rapportées à une hernie de la synoviale. J'ai décrit il y a deux ans, dans le *Moniteur des hôpitaux*, quelques faits tirés de la clinique de M. Velpeau qui venaient à l'appui de ce que j'avance. Il y a aussi d'autres tumeurs qui reconnaissent une autre origine. Il y a des bourses séreuses (par exemple sous le jumeau interne) qui peuvent se remplir et faire croire à une tumeur de la synoviale ; et comme tantôt elles sont indépendantes, et tantôt s'ouvrent dans la synoviale articulaire, elles rentrent, pour le diagnostic, dans la classe des tumeurs qui nous occupent.

Si ces propositions sont quelquefois vraies, telle ne sera pas l'étiologie ordinaire de ces tumeurs, et je puis ajouter que M. Foucher nous a fait voir des kystes formés par des bourses sous-musculaires, mais que nous n'avons pas eu de pièce qui pût justifier la théorie des hernies synoviales.

M. Gosselin, dans un travail bien connu, est venu nous donner la clef de la formation de ces ganglions. Après bien des recherches

sur le cadavre, sur les articulations des animaux, M. Gosselin a démontré qu'il existait, dans les bourses synoviales, des cul-de-sac déjà indiqués par Müller et quelques autres anatomistes, et auxquels il a donné le nom de *follicules synovipares*. Que le goulot de ce follicule se rétrécisse ou s'oblitére, voilà le premier degré du kyste synovial : c'est un petit soulèvement, gros comme un petit pois, un grain de millet, une tête d'épingle. Et ces petits corps sont si fréquents, qu'il est rare d'ouvrir plusieurs articulations carpiennes sans en rencontrer. Ils sont surtout au niveau du scaphoïde et du grand os, etc. Si le liquide augmente dans leur intérieur, la petite tumeur se développe, proémine en dehors de l'article : voilà le ganglion profond. Puis ce ganglion peut grossir, se développer ; il soulève, il contourne les tendons, et peut faire croire, *à priori*, qu'il tient à la coulisse fibro-synoviale. Une pièce de M. Foucher était dans ce cas. C'était un de ces kystes, qui tenait à l'articulation métatarso-phalangienne du troisième orteil. Ou bien cette tumeur se divise en plusieurs poches, l'une plus profonde, plaquée contre l'articulation sous les tendons, une autre plus superficielle, située entre la peau et les tendons, et reliées par une gorge qui les fait communiquer largement. Entre elles existe un rigole dans laquelle glissent les tendons. C'est ce qu'on pouvait voir sur une pièce de M. Cruveilhier, à la partie postérieure du poignet.

On peut, dans presque tous les cas, voir, en même temps que ces kystes, d'autres petites élevures indiquées plus haut. En tout cas, il est possible de suivre leur gorge, leur pédicule, leur base d'implantation, le plus souvent oblitérée, jusqu'au lieu d'élection des follicules synovipares. Notre honorable président nous disait, en nous montrant la pièce dont je viens de parler, qu'il admettait complètement la théorie de M. Gosselin.

Enfin, messieurs, je regrette de quitter si vite un sujet si intéressant ; il est des cas où un ganglion sous-cutané peut avoir eu pour origine un de ces kystes plus profonds, implanté primitivement au sein des articulations. J'ai disséqué, il y a quelques jours, une de ces tumeurs qui paraissait bien sous-cutanée, sous laquelle glissaient les tendons extenseurs du poignet. On voyait un long pédicule réduit à un cordon fibreux, qui reliait le ganglion à l'articulation même. C'était le fait de M. Cruveilhier, dans lequel aurait manqué la poche sous-tendineuse.

Appareil respiratoire.*Fosses nasales.*

Deux présentations relatives aux *polypes* de cette région nous ont été faites, l'une par *M. Fano*, l'autre par *M. Lorain*. Une troisième pièce de *M. Barnier*, relative à l'oblitération du canal nasal, nous occupera plus loin.

Sur la pièce de *M. Fano*, on pouvait presque étudier l'origine des polypes des fosses nasales; les uns, muqueux, occupaient la superficie de la muqueuse; les autres, plus denses, fibreux, étaient constitués par toute l'épaisseur de cette membrane.

Les polypes remplissaient toute la cavité des fosses nasales sur une pièce qui a été mise sous nos yeux par *M. Verneuil*.

Le fait de *M. Lorain* est relatif aux polypes naso-pharyngiens. Celui-ci avait sa base d'implantation principale sur l'apophyse basilaire; il proéminait dans les sinus maxillaires, et un de ses prolongements avait pénétré jusque dans le crâne par les sinus frontaux.

M. Rouet nous a présenté un *petit kyste* situé à l'entrée des fosses nasales, peu apparent à l'extérieur, surtout visible sur une coupe pratiquée à la partie postérieure du pharynx. Ce kyste à parois assez épaisses, qui s'était creusé une petite loge à l'ouverture osseuse des fosses nasales, était rempli d'un liquide un peu louche, un peu gluant.

Tant d'auteurs ont écrit sur la *fistule lacrymale*! Tel moyen, infailible aujourd'hui pour guérir cette infirmité, ne donnait le lendemain que des insuccès! C'est ainsi que tour à tour on a vanté : le clou, le séton, l'oblitération du sac, la canule, l'établissement d'une ouverture artificielle, le cathétérisme, l'excision des points lacrymaux, les injections, les antiphlogistiques... j'en passe encore et des meilleurs. Et cependant tous ces procédés ont eu des succès, les uns momentanés, les autres durables. Les antiphlogistiques n'avaient pas leur raison de dominer toujours la pratique, alors que l'on supposait que la fistule lacrymale pouvait avoir pour point de départ ici une inflammation, là une oblitération du canal lacrymo-nasal, et cependant cette méthode a eu bien du succès! Et *Lisfranc* la vantait beaucoup,

et, de nos jours, des chirurgiens la posent comme supérieure à toutes les autres. Voici quelques faits qui viennent à l'appui de cette opinion : Dans le service de M. Maisonneuve, à la Pitié, est entré un malade à qui l'on a enlevé un maxillaire supérieur avec le plancher de l'orbite, et il est atteint de fistule lacrymale. M. Barnier nous a montré les fosses nasales d'une jeune fille, affectée d'ozène syphilitique, et qui est morte du choléra. Le canal nasal est complètement oblitéré, et il n'y a pas traces de tumeur lacrymale. Et l'on a vu des cas semblables à la suite de polypes naso-pharyngiens qui comprimaient et obstruaient le canal nasal.

La fistule est presque toujours le résultat d'une inflammation du sac lacrymal, sous l'influence de causes diverses, parmi lesquelles l'oblitération du canal nasal ne doit probablement pas être placée au-dessus des autres. Le traitement antiphlogistique peut guérir dans bon nombre de cas.

Larynx, trachée-artère, bronches.

Si nous descendons maintenant dans l'arbre aérien, nous trouvons, pour le *larynx*, deux cas de *gangrène*, l'un qui a été précédé de diphthérie, observé sur un jeune enfant, et qui nous a été montré par M. Vidal, l'autre que nous devons à M. Luys, et qui vient d'un adulte.

Dans le premier, il s'agit d'un jeune enfant qui est entré à l'hôpital avec des signes de coqueluche, et qui a succombé à une bronchite capillaire ; il avait offert pendant la vie quelques symptômes de croup : voix rauque, toux caractéristique, etc. A l'autopsie, on trouva deux petites plaques diphthériques sur les piliers du voile du palais, une ulcération gangréneuse du larynx, pas de fausses membranes.

Le second était un abcès gangréneux du larynx ; l'altération a envahi l'épiglotte. Le malade suffoquait ; la trachéotomie a été pratiquée et il a pu vivre quelque temps. Outre ces deux lésions, on trouvait encore une altération que je signale ici : une ossification de l'artère coronaire.

Dans ces deux faits, le premier surtout, on aurait pu croire que l'on avait affaire à une laryngite pseudo-membraneuse. Cette affection est assez commune, surtout à l'hôpital des Enfants, et chaque année nous en apporte des exemples nombreux. Aussi

ai-je à vous indiquer plusieurs présentations qui nous ont été faites sur ce sujet.

M. Vidal nous a montré l'appareil laryngo-bronchique d'un jeune enfant qui était mort du *croup*; il existait des fausses membranes dans toute l'étendue du larynx, de la trachée et des bronches; il n'y en avait pas dans le pharynx. Si l'affection pseudo-membraneuse se propage le plus souvent de l'arrière-gorge dans le larynx, il est loin d'en être toujours ainsi, comme l'ont prétendu quelques auteurs, et la laryngo-bronchite pseudo-membraneuse existe souvent sans l'angine. Notre honorable président nous a rappelé une épidémie de diphthérie dans laquelle la trachée, les bronches, le larynx étaient seuls affectés, et où ce dernier organe paraissait être la limite de l'affection.

Il n'y avait pas non plus de fausses membranes dans l'arrière-gorge dans le fait de *M. Codet*, à qui nous devons une belle observation de croup sur une femme de vingt-trois ans.

Lorsque la maladie, malgré les efforts du médecin et l'emploi de toutes les ressources que la thérapeutique met à sa disposition, a fait des progrès et menace d'étouffer le malade, il est une dernière ressource, une dernière planche de salut : la trachéotomie, et l'on doit à cette opération, chaque année, un assez bon nombre de succès à l'hôpital des Enfants malades.

Nous avons eu cette année plusieurs pièces recueillies sur de jeunes enfants morts assez longtemps après l'opération, et sur lesquels on a pu étudier l'effet des canules à demeure.

Dans l'un de ces faits, qui nous a été montré par *M. Vidal*, le jeune malade est mort quinze jours après l'opération. Parmi les ulcérations qui criblaient la trachée et les bronches, et qui étaient dues à l'affection pseudo-membraneuse, l'une d'elles, plus large, moins superficielle, était le résultat du frottement du bec de la canule. L'enfant avait succombé à une pneumonie lobulaire, avec quelques abcès à la base de l'un des poumons. Il y avait aussi une ulcération, produite par la canule, sur une pièce, que nous a montrée *M. Goupil*. Il l'avait recueillie sur un enfant qui était mort, une dizaine de jours après l'opération, d'une affection intercurrente.

Sur une autre pièce de *M. Goupil*, provenant d'un enfant qui avait succombé un mois après sa guérison, à une rougeole, la cicatrice de la peau était solide, sans adhérences aux tissus sous-

jacents; l'ouverture de la trachée était linéaire et bouchée par de la lymphe plastique assez complètement organisée.

Le croup n'est pas la seule maladie qui réclame quelquefois la trachéotomie; et je n'hésite pas à poser en fait qu'on doit y avoir recours chaque fois qu'un malade est menacé d'asphyxie et que l'on a reconnu que la cause du danger était placée au-dessus de la partie moyenne de la trachée-artère. Si, dans certains cas, l'affection est incurable, si l'opération ne peut pas en arrêter les progrès, le chirurgien a du moins la consolation d'avoir prolongé les jours du malheureux et la conscience d'avoir employé toutes les ressources qu'il possédait.

Je me souviens, messieurs, d'avoir vu pratiquer la trachéotomie dans le service de M. Monneret, à l'hôpital Bon-Secours, dans un cas de laryngite syphilitique. La malade allait mourir; l'opération fut pratiquée; elle revint à la vie, et l'on put triompher de l'affection du larynx et enlever ensuite la canule. La malade sortit guérie de l'hôpital.

Je vous ai présenté, il y a quelques années, une tumeur fibro-plastique implantée sur une des deux cordes vocales supérieures, et qui avait étouffé le malade pendant la nuit. La trachéotomie, dans ce cas, eût prolongé au moins les jours de ce malheureux.

Si je vous signale ces deux faits, c'est pour arriver à vous rappeler un cas de cancer du larynx que nous devons à notre savant collègue, *M. Barth*, et qui a soulevé toutes ces réflexions.

Un homme âgé de cinquante-six ans était entré à l'hôpital Beaujon pour une affection du larynx. Vous avez vu dans nos bulletins, messieurs, le diagnostic si bien raisonné que *M. Barth* avait porté et que l'autopsie est venue confirmer. Le cancer, limité aux cordes vocales, n'atteignait pas encore la trachée; il avait à peu près en superficie l'étendue d'une pièce d'un franc, et le malade est mort suffoqué. *M. Barth* avait insisté pour que l'on eût recours à la trachéotomie, et l'examen de la pièce a prouvé qu'elle eût certainement retardé le moment de la mort.

Un autre intérêt s'attache aux pièces dont j'ai encore à vous parler sans quitter l'arbre respiratoire.

M. Barth nous a présenté un exemple fort remarquable de la *dilatation des bronches* chez une femme de trente-six ans. La malade avait présenté de la dyspnée, de l'oppression, de la toux, et l'affection avait débuté depuis un mois seulement. A la percussion,

on avait trouvé de la sonorité à gauche, un son obscur et de la matité à la base du poumon droit. A l'auscultation, pas de retentissement de la voix, pas de craquement, excepté au niveau de l'angle inférieur de l'omoplate, à droite, où l'on entendait un souffle caveux avec de la bronchophonie. Même souffle à gauche au niveau de la racine des bronches.

Il s'agissait, messieurs, ainsi que je vous l'ai déjà dit plus haut, d'une dilatation bronchique, maladie que l'on a si souvent confondue avec des cavernes pulmonaires; et cette affection présentait ceci de remarquable que son origine était récente, et que la femme était d'un âge où l'on observe rarement cette lésion.

Nous comptons dans nos bulletins beaucoup de pièces que l'on pourrait rapprocher de celle-ci, et nous les devons en grande partie à M. Barth. J'aurai encore à vous signaler plusieurs présentations fort remarquables de notre excellent collègue, et je suis sûr d'être votre interprète en priant M. Barth de recevoir les remerciements de la Société.

Je suis forcé à regret de glisser sur toutes les considérations que M. Barth nous a développées, je n'ai pu que vous les indiquer sommairement.

Puis vient une pièce de *M. Goupil*: c'est une tumeur formée par les ganglions bronchiques, trouvée à l'autopsie d'un enfant tuberculeux qui n'a pas offert de signes d'asphyxie. C'est une de ces lésions si intéressantes au point de vue de l'anatomie pathologique, et qui ont souvent donné lieu à des symptômes de phthisie laryngée, par suite de la compression de nerfs récurrents. Ces tumeurs font le sujet d'une thèse de *M. Hourmann*, dans laquelle elles ont été bien décrites.

Pour les poumons, je vous rappellerai une pièce de *M. Boulard* dans laquelle on trouvait ces organes farcis de tubercules miliaires; — une *eschare gangréneuse* sans communication avec l'arbre aérien, que nous a montrée *M. L. Blin*, et qui, pendant la vie, n'avait donné lieu à aucune odeur, à aucun signe de la gangrène de ces organes; — une présentation de *M. Tarnier*, une apoplexie pulmonaire avec induration, carnification du tissu de ces organes; — et une note de *M. Verneuil* sur un fait de pneumonie chronique qu'il a résumé ainsi: coloration grise, état granuleux, friable, absence de vascularisation du parenchyme pulmonaire; désagrégation facile des vésicules par la disparition des

tissus fibreux et élastiques et des vaisseaux ; production de matière amorphe remplaçant ces vésicules et les oblitérant ; quelques corpuscules granuleux, quelques épithéliums déformés ; point de pus ni de tubercules.

M. Vidal nous a présenté un épanchement purulent des plèvres et un abcès du médiastin antérieur chez un jeune enfant de deux ans. Le petit malade présentait au bas du sternum une tumeur, large comme une pièce de cinq francs, agitée de battements isochrones aux battements du cœur et du poulx ; tumeur en partie réductible, mais dont la réduction provoquait des accès de dyspnée, et quand on la comprimait, quand on la palpait avec soin, on sentait un rebord osseux, dur, et qui offrait une perforation centrale.

L'autopsie vint démontrer qu'entre l'épanchement purulent des plèvres auquel avait succombé le jeune malade, il y avait un abcès déterminé par l'altération, la carie de la partie inférieure et interne du sternum et des cartilages costaux correspondants.

Pour achever ce qui est relatif à l'appareil respiratoire, il me reste à vous parler de quelques pièces sur le *thymus* et le *corps thyroïde*.

On n'est pas fixé sur l'époque précise de la disparition du *thymus* ; on sait du reste qu'il persiste plus ou moins longtemps. Il existait encore, bien développé sur un enfant de cinq ans, que *M. Boullard* vous a montré. C'est un fait à enregistrer, et qui offre un certain intérêt.

Notre président a mis sous nos yeux un corps thyroïde dont les deux lobes étaient transformés en deux hématoécèles, avec épaississement considérable des parois du kyste et des caillots stratifiés, tout à fait semblables à ceux que l'on observe dans les anévrysmes anciens. Cette pièce lui était adressée par un médecin de province, sans aucun renseignement.

Enfin, *M. Fano* nous a fait voir une petite tumeur dure, osseuse, grosse comme un petit œuf de pigeon, qu'il a observée dans un des lobes du corps thyroïde, et dont la coupe rappelait celle d'une pomme de grenade, avec de petites loges remplies d'une bouillie, d'une pulpe rougeâtre.

M. Cruveilhier, dont nous invoquons souvent la vaste expérience, nous a dit à ce propos qu'il y avait quelquefois plusieurs de ces corps à la fois, dans un même lobe, ou dans les lobes du

corps thyroïde ; que quelquefois un lobe entier était converti en une tumeur qui , quoique plus volumineuse , offrait le caractère de celle qui nous était présentée.

Je passe sous silence la pièce relative aux hydatides des poumons. Ces productions parasites feront l'objet d'un examen spécial.

Mais je dois vous signaler un cas de *syphilis des nouveau-nés*, qui nous a été présenté par *M. Depaul* : antécédents du côté de la mère, pemphigus, *altération des poumons*, du thymus, rien ne manque à cette observation.

Appareil circulatoire.

Maladies du cœur et des vaisseaux.

Je diviserai ce chapitre en plusieurs sections : 1° l'organe central, le cœur, ses cavités, ses valvules ; 2° les artères ; 3° les veines ; 4° les tumeurs vasculaires.

§ I. — *M. Provent*, sur un jeune enfant qui s'était fracturé la cuisse, a trouvé sur la face antérieure du cœur une plaque ecchymotique, que *M. Charcot* a considérée comme un commencement de *rupture du cœur*. Cette idée était d'autant plus vraisemblable qu'on ne voyait aucune trace de contusion sur la cage thoracique.

Les exemples d'*hypertrophie* sont assez communs. Dans un cas, présenté par *M. Isambert*, il existait en même temps hypertrophie des parois et dilatation des cavités. On trouvait, pendant la vie, un bruit de souffle, au deuxième temps, bien limité près du sternum. Les valvules sigmoïdes de l'aorte, un peu épaissies, n'étaient nullement insuffisantes.

Il en était de même d'un autre cas de *M. Charcot* ; la dilatation s'étendait dans l'aorte, dont la paroi interne était couverte de plaques crétacées ; il n'y avait point d'insuffisance ; on trouvait à l'auscultation un bruit de souffle au premier et au second temps. Sans avoir besoin d'admettre qu'il existait *probablement* une insuffisance, pour se rendre compte du second bruit, n'a-t-on pas l'explication de l'un et l'autre dans la présence des plaques athéromateuses de l'aorte, dans le frottement de l'ondée sanguine pendant la systole, alors que le sang est foulé dans

l'aorte, et pendant la diastole, alors qu'il s'arrête et retombe vers les valvules sigmoïdes.

Sur une pièce de *M. Duhaussay*, outre une hypertrophie du cœur, on trouvait un *caillot remplissant l'auricule*, et qui offrait sur deux points un aspect qui aurait pu faire croire qu'il s'était formé du pus dans son intérieur. Mais ces prétendus abcès étaient dus, ainsi que *M. Charcot* nous l'a fait observer, à un amas de globules blancs.

Sur une autre, de *M. Duclos*, c'était une de ces lésions décrites par *Corvisart*, sous le nom d'*anévrisme passif*. Dilatation énorme et totale du cœur, sans hypertrophie des parois, avec agrandissement considérable des cavités et des orifices.

Nous devons à *M. Rossen* un autre exemple d'*anévrisme* du cœur, congénital, et s'ouvrant dans le ventricule gauche derrière l'insertion des tendons de la valvule mitrale. La malade a succombé rapidement à un accès de dyspnée, et n'a offert, pendant la vie, d'autres signes que la vitesse des battements du cœur qui étaient incalculables.

M. Vidal nous a fait voir une hypertrophie du cœur, avec les particularités suivantes : L'orifice aortique est considérablement rétréci : deux des valvules sigmoïdes sont soudées entre elles, l'autre est perforée, et loge une petite végétation fibrineuse, crétacée, qui est implantée sur elle, et qui s'est aussi creusée une petite loge, dans l'artère aorte, dont les tuniques sont refoulées en dehors. L'enfant, âgé de quatorze ans, avait tous les signes physiques, physiologiques, de la maladie qui l'a tué.

Mais il n'en est pas toujours ainsi. *M. Vulpian* nous a rapporté une observation dans laquelle, malgré un rétrécissement bien prononcé de l'orifice aortique avec ossification des valvules sigmoïdes, on n'avait constaté qu'un bruit de souffle très peu marqué au premier temps, et à la base. Cette particularité s'expliquait néanmoins par l'existence d'un double hydrothorax, une dilatation du ventricule gauche, avec hypertrophie des parois, et surtout par un phénomène, si bien décrit par *M. Beau*, l'*asystolie*. On lira, à ce sujet, avec un grand intérêt, un rapport fort bien fait de *M. Charcot*.

Dans une autre présentation de *M. Vulpian*, c'est tout le contraire : on observe des signes très marqués d'insuffisance ; le diagnostic n'est pas un instant douteux. A l'autopsie on trouve qu'il

n'y a pas d'insuffisance, mais ici, comme dans le fait de M. Charcot, déjà cité, il y a dans l'aorte des plaques crétacées, qui expliquent facilement les symptômes observés pendant la vie.

M. Boscredon a mis sous nos yeux une autre lésion des valvules du cœur. La valvule mitrale a ses deux voiles réunis et formant une espèce d'entonnoir, dont l'évasement regarde en haut et dont l'orifice admet à peine une plume d'oie. Cette valvule est épaissie, indurée. A l'auscultation on trouvait un bruit de souffle continu, râpeux, à double renforcement, ayant son maximum à la pointe.

Sur un enfant de cinq ans, M. L. Blin a trouvé : une endocardite valvulaire et cavitaires, affection peu commune chez les jeunes sujets ; les valvules sigmoïdes, réduites au nombre de deux, presque égales, affectant à peu près la même disposition. Sur l'une d'elles, cependant, on voyait les traces de la soudure de deux valvules.

Cette observation rentre dans les idées émises par Peacock, qu'une semblable difformité prédispose aux inflammations primitives ou secondaires.

Déjà je vous ai signalé une concrétion sur une des valvules du cœur : des exemples semblables ne sont pas très rares. Tel est aussi un fait de M. Desmos : une concrétion fibrineuse de la grosseur du pouce, sur la valvule mitrale.

On peut rapprocher des concrétions, les *polypes du cœur*. Cette dernière affection est excessivement rare, et cette rareté ajoute encore à la belle présentation de M. Caron : Une tumeur polypiforme développée dans l'oreillette gauche, et plongeant dans l'orifice auriculo-ventriculaire.

D'après les recherches auxquelles M. Caron s'est livré, il n'existerait, dans la science, que quatre ou cinq exemples de tumeurs semblables pour le ventricule gauche, et un pour le ventricule droit (de Burns). Les premiers sont dus : à M. Choisy (1832) ; à M. Depuisaye (1843) ; un troisième est cité dans la *Gazette médicale* de Londres (1834) ; un quatrième [de la *Lancette* 1845], est dû à Wilkinson-king ; enfin, deux cas de M. Dubrueil, de Montpellier.

Plusieurs opinions ont été émises sur ces productions : Les uns veulent y voir un anévrysme ; les autres une tumeur primitivement située dans l'épaisseur des parois du cœur, d'autres

encore, et c'est l'opinion la plus probable, la plus généralement acceptée, un caillot sanguin, qui aurait contracté des adhérences avec les parois des cavités du cœur. Voilà pourquoi j'ai rapproché la présentation de M. Caron, d'autres pièces plus fréquentes : de concrétions fibrineuses, etc.

§ II. *Artères.* — J'ai déjà dit un mot de deux cas d'altération de l'aorte, coïncidant avec une autre lésion du cœur. J'ai encore à vous signaler d'autres faits relatifs aux artères.

Un *anévrisme de la crosse de l'aorte*, faisant saillie en arrière, du côté de la colonne vertébrale, qui nous a été montré par M. Tassel.

Notre président nous a fait remarquer que c'était là un cas d'anévrysme latéral, dans lequel la tunique externe seule, avec le tissu cellulaire ambiant, constitue la poche anévrysmale, tandis que les tuniques moyenne et interne s'arrêtent au niveau de l'ouverture de communication du sac et de l'artère.

M. Axenfeld nous a rappelé un cas d'anévrysme que M. Andral a présenté à l'Académie. Cet anévrysme avait érodé, détruit les vertèbres, comprimait la moelle et avait déterminé une paraplégie.

Une pièce de M. Wieland, une dilatation de l'aorte, rompue dans le poumon, et qui a eu pour symptômes principaux des hémoptysies à des intervalles assez éloignés.

Deux cas d'*incrustation artérielle* : l'un de M. Duclos, dans lequel la lésion était presque générale, l'autre de M. Luys, qui intéressait l'artère coronaire et qui coïncidait avec une gangrène du larynx.

Deux cas de *blessures d'artères* : l'un portant sur la *radiale*, l'autre sur la *fémorale*. Dans les deux cas, on a pratiqué la ligature. Mais le premier blessé est mort quelques semaines après l'accident, d'un phlegmon diffus ; l'autre mourut seize ans après l'opération d'une affection organique du larynx.

Dans le premier, que j'ai observé dans le service de M. Velpeau, l'artère, oblitérée au-dessous et au-dessus de la plaie, était réduite à un cordon fibreux. Une injection, faite dans les artères, ne pénètre pas dans ce bout de la radiale. Mais la cubitale avait suffi pour remplir et distendre les deux arcades palmaires.

Dans le second, décrit par M. Luys, et qui a été l'objet d'un

excellent rapport de M. Caron, on put constater 1° la dilatation de l'artère fémorale, au-dessus de la ligature; comparativement la petitesse de son calibre au-dessous du point où le fil avait été appliqué; 2° que la circulation s'était rétablie au moyen et par l'intermédiaire de la fémorale profonde, qui, après avoir alimenté tout le segment supérieur du membre, venait s'ouvrir au niveau de l'anneau du troisième adducteur dans la fémorale, qui reprenait son calibre et sa disposition normale.

Ce fait, si curieux, quand on songe que la ligature a été posée très près d'une collatérale fort importante, l'est encore davantage, parce que l'examen de la pièce, fait par MM. Robin, Luys et Caron, ne laisse rien à désirer. On retrouve les tuniques de l'artère ancienne, un peu altérées: il n'y a pas trace de caillot fibrineux ni de capillaire, ni de globules sanguins dans l'épaisseur de ses parois. Mais un vaisseau artériel s'est développé dans la cavité de l'ancienne artère, vaisseau bien formé, à parois nettement limitées, et rempli par le liquide de l'injection. Cette pièce rappelle les expériences de Parry, et surtout un fait de M. Blandin, dans lequel il est dit qu'on a trouvé, à la suite d'une ligature de la fémorale, un vaisseau de nouvelle formation développé au centre de celui qui avait été oblitéré.

Enfin, une belle observation de *M. Giraldès*, qui peut servir de transition entre les lésions des artères et les altérations des veines: un *anévrisme artérioso-veineux*, dont l'histoire mérite d'être rapportée en quelques mots.

Un malade avait reçu, vers le menton, un coup de pistolet chargé à petits plombs. Un des grains de plomb avait frappé la branche horizontale de la mâchoire. Peu de temps après l'accident, une tumeur se développe sur la partie latérale de la région sus-hyôïdienne. Cette tumeur offre tous les signes, tous les caractères de l'anévrysme artérioso-veineux. — Le malade, quelques mois plus tard, meurt d'un anthrax de mauvaise nature. — A l'autopsie, on trouve une perforation de l'artère carotide interne et de la veine jugulaire. Entre ces deux vaisseaux, une petite poche qui les met en communication, et dans le sac intermédiaire un grain de plomb.

Mais le malade avait encore présenté un autre phénomène: sa voix, qui avait d'abord son timbre normal, s'était voilée peu à peu, et elle perdait chaque jour de sa clarté. La pièce, qui a

été mise sous nos yeux par notre savant collègue, expliquait ce symptôme. Autour de l'anévrysme, le tissu cellulaire était épais, induré, et les nerfs pneumogastrique et laryngé supérieur étaient compris dans cette masse plastique.

§ III. *Veines*. — Je note ici un exemple d'oblitération, de phlébite de la veine splénique que nous devons à M. Barth, et qui est un des plus intéressants que la science possède. Si je ne m'y arrête pas davantage, c'est que le fait est rapporté avec détails, au moment où je traite des lésions de la rate. Il en est de même d'une phlébite rénale, qui se trouve décrite à l'article : *Reins, urètre*.

M. Bailly nous a montré un cas d'oblitération de la veine cave supérieure qui avait présenté tous les symptômes qui marchent avec une semblable altération (caillots dans la jugulaire, appréciables au toucher, face rouge violacée, turgescence; œdème, gonflement des jugulaires, des réseaux veineux sous-cutanés, asphyxie lente, etc.). Cette oblitération avait été produite par une tumeur, du volume d'un œuf de poule, qui entourait et comprimait la veine cave supérieure.

Je pourrais multiplier les exemples d'oblitération des veines, par la pression plus ou moins lente d'une tumeur voisine; mais de pareils faits sont rapportés à propos des organes et de la description des masses morbides qui en étaient le point de départ. Ainsi, pour ne citer que l'un d'eux, M. Goupil a mis sous nos yeux une tumeur cancéreuse de l'abdomen, qui comprimait et obstruait la veine cave inférieure.

Enfin, messieurs, M. Foucher nous a présenté une dilatation variqueuse, un véritable sac anévrysmatique, un véritable anévrysme veineux, sur le trajet de la saphène interne. Au-dessus et au-dessous de cette poche, la veine avait son calibre à peu près normal; le sac était rempli de caillots.

§ IV. *Tumeurs érectiles*. — Si nous passons aux tumeurs qui peuvent être rapprochées des altérations qu'on observe sur les vaisseaux, aux tumeurs érectiles, deux faits doivent être rappelés, l'un que nous devons à M. Verneuil, l'autre à M. Dolbeau.

Pour le premier, c'était une foule de petits kystes remplis de sérosité citrine, qu'on trouvait au milieu d'une masse graisseuse.

On pouvait, avec cette pièce, reconstituer l'histoire de la maladie, et retrouver la trace d'une tumeur érectile. Ces tumeurs, en effet, quand elles s'enflamment spontanément, ou à la suite des manœuvres tentées dans le but de les faire disparaître, donnent souvent lieu à la formation de ces kystes multiples. Cette explication était encore corroborée par une particularité sur laquelle on a insisté; on voyait, à côté des cavités kystiques, un tissu blanc, induré, un vrai tissu de cicatrice.

La seconde présentation était relative à une tumeur du plancher de la bouche *simulant une grenouillette*, et qui avait été excisée en partie. La malade mourut d'infection purulente.

J'ai fait, à ce propos, une communication à la Société: j'ai observé, à Bergues, avec M. le docteur Bollaert, une tumeur du plancher de la bouche, qui simule si bien une grenouillette, par sa forme, par sa couleur, par la manière dont elle s'est développée, par sa situation, etc., que je ne supposai pas un instant, quand je l'ai vue, qu'il pût être question d'une altération d'un autre ordre. L'opération fut décidée: on excisa une portion assez considérable de la tumeur, et, à notre grand étonnement, il ne sortit que du sang; je plongeai alors le bistouri plus profondément, croyant que le kyste n'avait pas été ouvert, il ne sortit encore que du sang, et il survint une hémorrhagie très rebelle. Nous avons examiné le lambeau excisé, et il a été constant qu'il s'agissait bien d'une tumeur érectile. On trouve, dans ces cas, deux symptômes auxquels il faut faire attention: quand on presse lentement la tumeur entre les doigts, elle s'affaisse plus ou moins; elle se gonfle quand le malade crie ou fait un effort, et devient bleuâtre. Voilà une affection bien peu connue, bien digne d'être étudiée, et qui demande de nouveaux faits, de nouvelles recherches.

Appareil digestif.

Je reporterai plus loin les tumeurs épithéliales des lèvres et des joues, du plancher de la bouche, etc., que nous avons pu voir cette année; je ne m'y arrêterai pas en ce moment.

M. Bastien nous a présenté une tumeur de la langue dont il n'existe pas d'exemple dans la science. C'est un *lipome de la langue* dont l'origine était fort ancienne, dont le diagnostic a pu

être fait avant l'opération par M. Laugier, et confirmé par l'examen de la pièce. On retrouvait sur cette tumeur les signes des lipomes : mollesse, souplesse, fausse fluctuation, aspect lobulé, seulement la gangue fibreuse du lipome était indurée, comme ossifiée par places.

Les lipomes sous-muqueux sont si rares ! M. Gosselin, dans sa thèse sur les polypes du pharynx, en a rapporté un exemple qui lui venait de M. Foucher ; mais un lipome au centre d'un organe comme la langue, avec sa structure, etc., est vraiment un fait exceptionnel, unique.

Nous devons à M. Dufour deux tumeurs du voile du palais :

1° Une végétation sur la luette qui a été excisée par M. Ricord. Ces végétations, si communes dans d'autres régions, ne se rencontrent pas souvent dans cet endroit.

2° Une tumeur placée entre les piliers du voile du palais, tumeur bien circonscrite, bien limitée, qui fut enlevée avec facilité. Malheureusement l'examen microscopique de la pièce est venu démontrer qu'elle était formée de noyaux cancéreux.

Les *fistules œsophagiennes* ont le plus souvent pour point de départ une affection, de mauvaise nature, d'un point quelconque du conduit musculo-membraneux, et quand une semblable lésion existe, quand l'œsophage est perforé, on voit souvent cette ouverture accidentelle s'ouvrir dans les bronches ou la trachée. M. Proost a mis sous nos yeux une fistule œsophagienne qui avait une autre origine. Elle s'ouvrait dans la cavité d'un abcès, et il était permis de supposer que l'abcès était la cause de la perforation. Cet abcès s'ouvrait lui-même, d'autre part, dans les bronches. Le malade n'avait présenté pendant la vie que des signes de dysphagie.

Je viens, à propos des affections de l'œsophage, de prononcer le mot de tumeur de mauvaise nature ; j'ai eu surtout en vue les tumeurs épithéliales. Ce n'est pas à dire que l'on ne rencontre pas dans cette région de vrais cancers, mais ils y sont plus rares. A côté de ces lésions, j'ai besoin de vous en mentionner une autre surtout au moment où je vais passer à l'examen des pièces pathologiques du tube intestinal.

On trouve dans la cavité buccale, dans l'œsophage, dans l'estomac, dans l'intestin, le rectum, etc., mais surtout au commencement et à la fin du tube digestif, des altérations qui, au pre-

mier abord, semblent appartenir aux tumeurs épithéliales. Je veux parler des tumeurs papillaires.

Cette distinction importante au point de vue scientifique sera peut-être d'un grand poids dans la thérapeutique, ultérieurement, quand la clinique aura défini les symptômes, la marche, le diagnostic de cette affection. Les tumeurs papillaires sont fréquentes, et leur ablation est ordinairement suivie d'un succès durable. Je n'ai pas besoin de vous dire que l'espoir de rencontrer une semblable lésion enhardit le chirurgien, quand il va pratiquer l'extirpation d'une tumeur du rectum, ou une du plancher de la bouche, et qu'il serait fort important de pouvoir à l'avance porter un diagnostic précis.

Le *cancer de l'estomac* est une maladie fréquente du tube digestif : tantôt c'est par les hémorragies auxquelles il donne lieu, tantôt c'est par ses adhérences avec les organes voisins qu'il offre de l'intérêt. Sur une pièce présentée par *M. Barth*, le cancer occupait la grande courbure de l'estomac ; les orifices étaient libres, et c'est à peine si, pendant la vie, il donnait lieu à quelques symptômes assez douteux : pas de tumeur appréciable, perte d'appétit, digestion difficile, selles noirâtres, une apparence cachectique manifeste, une perforation, qui existait, était bouchée par le côlon transverse.

Sur une pièce de *M. Perrin*, le cancer n'a fourni aucun signe pendant la vie. Le malade est mort d'une apoplexie foudroyante, et c'est à l'autopsie qu'on a constaté l'existence d'une tumeur cancéreuse sur la face antérieure de l'estomac. Comme dans la pièce précédente, la lésion avait envahi le côlon transverse. Mais ici ce n'est pas une perforation bouchée par le gros intestin, c'est une tumeur double, placée entre ces deux organes, dont l'un des lobes fait relief dans l'estomac, dont l'autre fait saillie dans le côlon.

Ici, au contraire, un *ulcère simple* de l'estomac s'est montré avec tout le cortège des symptômes d'une affection cancéreuse : vomissements noirâtres, éructation, gaz, constipation, etc. Mais grâce aux travaux modernes, on peut établir dans le plus grand nombre des cas, comme il a été fait dans celui qui nous occupe, le diagnostic de cette altération (absence de tumeur, point de signes de cachexie, rémission des symptômes). Nous devons cette présentation à *M. Parmentier*.

Le cancer de l'intestin affecte toutes les formes les plus singulières. Il était annulaire dans une pièce qui a été observée à l'hôpital Cochin, dans le service de M. Beau. Il avait donné lieu pendant la vie à des symptômes d'étranglement interne. Mais à cause de la lenteur du développement des accidents, de la lenteur de leur marche, il était permis de soupçonner la lésion qu'a démontrée l'autopsie. Le cancer occupait le côlon et avait rétréci peu à peu le gros intestin. Le malade a survécu six semaines aux suites de la rétention des matières fécales.

Le cancer était situé à l'union du cœcum et du côlon ascendant dans une pièce que nous devons à M. Bailly. Il avait fini par oblitérer le calibre de l'intestin au point de laisser passer à peine une plume d'oie. Le malade a succombé à une diarrhée incurable.

M. Bailly nous a aussi présenté une *perforation du cœcum par un lombric*. Le ver était en partie flottant dans le cœcum, en partie engagé dans la cavité péritonéale. Il n'existait au pourtour de la perforation aucune ulcération, aucune trace d'inflammation. Le péritoine lui-même était perforé, mais on voyait que le lombric, avant d'arriver dans la cavité péritonéale, s'était coiffé de la séreuse. M. Houël a rapproché cette présentation d'une autre pièce déposée au musée Dupuytren, et notre honorable président, après l'avoir examinée avec soin, était porté à admettre que le ver avait fait lui-même cette perforation. S'il avait vu cette pièce plus tôt, a-t-il ajouté, il n'aurait pas hésité à dire que les lombrics pouvaient eux-mêmes ulcérer, perforer l'intestin.

Puisque j'ai insisté sur les perforations intestinales, je dois rappeler les perforations si fréquentes de l'appendice cœcal par un corps étranger (épingles, noyaux de cerise, boulette de matière fécale) et une semblable lésion qui a été mise sous nos yeux par M. Blin.

Au milieu d'une ulcération siégeant vers l'S iliaque, chez un enfant tuberculeux, on trouvait un petit pertuis par lequel s'était fait, dans le péritoine, un épanchement qui avait déterminé une péritonite purulente et la mort.

M. Broca nous a présenté des fragments de fausses membranes qui ont été trouvées dans les selles et qu'on aurait pu prendre, *a priori* pour des lambeaux de muqueuse ou pour des débris d'acéphalocyste. Plusieurs parents de la personne, qui avait rendu

ces fausses membranes, ont présenté le même phénomène. Cette expulsion est à peine précédée de quelques coliques et ne détermine pas d'autre accident. M. Cruveilhier nous a dit qu'il observait assez souvent dans sa pratique et qu'il était souvent consulté pour des cas semblables, peu graves généralement, et qui inquiètent peu les malades. On ne trouvait dans ces fragments aucun des caractères anatomiques de la muqueuse ou d'un kyste acéphalocyste.

Vous n'avez pas oublié, messieurs, une pièce de *M. Tassel*, un cas d'*emphysème de l'intestin*. Le malade est mort dans le cours d'une fièvre typhoïde ataxique. A l'autopsie, on a trouvé au niveau de l'intestin grêle, dans un point où il n'existait ni rougeur ni ulcération, ni ecchymose, etc., des bulles de gaz sous la tunique musculo-muqueuse, entre elle et la tunique séreuse au nombre de quinze à vingt et même plus, disséminées, distinctes les unes des autres. On ne pouvait pas se rendre compte de cette lésion, car il n'y avait rien pour expliquer sa production. Ce n'est pas la première fois qu'on trouve de semblables altérations. Il y en a plusieurs exemples dans le musée Dupuytren. Mais on n'est guère avancé sur l'explication de leur origine, de leur cause.

M. Duchaussoy nous a montré un *diverticulum* de l'intestin situé à la fin de l'intestin grêle, et remarquable surtout par sa longueur qui était de deux pouces.

M. Foucher nous a présenté trois exemples de hernie sur un même sujet; l'une, graisseuse, au travers de l'anneau ombilical, fait qui venait une fois de plus démentir une idée erronée, à savoir que les hernies ombilicales ont souvent lieu par des éraillures de la ligne blanche; deux autres, inguinales, l'une à droite, l'autre à gauche, formées toutes deux en grande partie par une accumulation de graisse, en dehors du péritoine, en dehors du sac herniaire irréductibles, par conséquent, en grande partie, et qui auraient été facilement prises pour des épiplocèles.

Il est bon, messieurs, d'avoir toujours ces faits présents devant les yeux; car de semblables tumeurs peuvent exister avec ou sans hernie. Dans le premier cas elles peuvent donner lieu à des erreurs de diagnostic assez sérieuses; dans le second, elles peuvent faire croire à une hernie en partie irréductible. Et si la hernie vient à s'étrangler, si, à l'aide du taxis, on parvient à en opérer la réduction, si alors, comme cela s'observe encore assez

souvent, les accidents de l'étranglement continuent, on peut croire à la persistance de la hernie, on peut faire une opération inutile et quelquefois dangereuse.

M. Bidart nous a montré une pièce qui vient appuyer et confirmer ces idées, et le chirurgien qui a pratiqué l'opération avait posé et discuté le diagnostic. Il mérite à juste titre toute notre confiance.

Je ne veux pas omettre une pièce de *M. Tassel*, un *vrai cancer du rectum*, et ils sont peu fréquents, comparativement aux tumeurs épithéliales ou papillaires et aux imperforations du rectum.

Sur un *fœtus monstrueux*, présenté par *M. Tarnier*, le sphincter formait comme une valvule imperforée qui oblitérait la lumière de l'intestin. Le fœtus n'a vécu que quinze heures; et il est évident que l'on aurait pu pratiquer avec succès une opération de ce côté. Il a déjà été question de ce fœtus à propos des luxations de la rotule.

Les vrais *polypes du rectum* sont rares dans l'âge adulte; c'est à peine s'il est permis d'en compter quatre ou cinq exemples dans la science, l'un qui est de Desault, un second de *M. Jobert*, un troisième de *M. Nélaton*, et peut-être encore quelques-uns que je ne connais pas; mais ces tumeurs sont très communes chez les enfants. Elles se présentent sous l'apparence d'une petite cerise rouge, saignante, qui sort au moment des garde-robes, et qui rentre assez facilement. Le diagnostic n'est pas difficile: qu'un enfant crie au moment d'aller à la selle, qu'il laisse couler un peu de sang, que l'on aperçoive au pourtour de l'anus une petite tumeur rouge, on peut diagnostiquer presque à coup sûr un polype du rectum.

L'opération est assez simple, on peut avoir recours à l'excision, à la ligature; d'autres fois on les cueille pour ainsi dire avec les doigts. S'il survient une hémorrhagie on s'en rend facilement maître, surtout depuis que l'on a à sa disposition le perchlorure de fer.

Nous avons vu une petite tumeur semblable opérée sur un enfant par *M. Richet*. *M. Verneuil*, qui l'a examinée, a trouvé qu'elle était formée par une hypertrophie glandulaire.

M. Gosselin, il y a quelques jours, a enlevé sur une femme d'une vingtaine d'années, un petit polype muqueux semblable,

dont l'origine remontait à l'époque de la naissance et qui avait la même structure anatomique.

Annexes du tube digestif.

Foie et vésicule biliaire.

Tout organe glanduleux peut présenter à l'extrémité de ses ramifications, dans ces *cals-de-sac* glanduleux, des dilatations kystiques.

Cette proposition essentiellement vraie, pour la glande mammaire, et qui a été surabondamment démontrée par un grand nombre de faits, vraie pour bien d'autres glandes, a été confirmée aussi pour le foie par des pièces présentées par *M. Boullard*. On trouvait à la surface du foie une grande quantité de petits kystes remplis d'une substance de consistance de gelée ou d'albumine concrète. Cette substance était composée de cellules hépatiques en petit nombre, et d'une grande quantité de vésicules de graisse.

Je mentionnerai ici plusieurs pièces d'hydatides du foie. Je reviendrai plus loin sur ce sujet.

A côté de ces maladies j'en placerai d'autres bien plus fréquentes : je veux parler du *cancer du foie*.

Le cancer peut envahir primitivement le foie ; il peut se propager à cette glande par voisinage ; il peut se montrer dans une cachexie, dans une infection cancéreuse. Le foie est de tous les organes celui qui se ressent le plus souvent et le plus vite des influences diathésiques.

D'abord c'est une énorme tumeur cancéreuse du foie présentée par *M. Isambert*, et qui (au dire du malade ?) se serait développée dans l'espace de quelques semaines.

Puis un autre cancer du foie, que nous a fait voir *M. Genouvill*e, et qui coïncidait avec un cancer du pylore. Il n'y avait aucune continuité, aucune adhérence entre les deux tumeurs ; elles s'étaient développées isolément. Bien que le foie fût farci de cancer, le malade n'avait jamais présenté d'ictère, fait assez curieux, digne de fixer notre attention, et qui a été bien expliqué par *M. Gubler*. Ce signe s'observe quand une tumeur se développe lentement, graduellement dans cet organe.

Pour le fait de M. Genouville il est probable que la tumeur du foie a précédé le cancer de l'estomac ; ce n'est que dans les derniers temps que la malade a présenté des vomissements caractéristiques. Et cependant, à cause de l'absence d'ictère, à cause des symptômes gastriques, au moment de l'entrée du malade, on était porté à soupçonner, non un cancer du foie, mais bien un cancer de l'estomac.

Vésicule et canaux biliaires.

Plusieurs pièces nous ont été présentées qui intéressaient les canaux et la vésicule biliaires. M. Verneuil, M. Blain des Cormiers, nous ont fait voir deux cas de *gravelle biliaire* : On trouvait, dans la vésicule surtout et dans les canaux biliaires, de petites concrétions d'un jaune verdâtre, chagrinées à leur surface, en nombre assez considérable ; de plus, dans le fait de M. Blain, la vésicule biliaire formait une tumeur, un kyste assez volumineux à parois épaisses, indurées, et faisant sur le foie un relief considérable.

M. Dolbeau nous a montré un calcul biliaire engagé et en-châssé dans le canal cholédoque. Le malade n'avait présenté pendant la vie ni ictère, ni colique hépatique. La vésicule biliaire était enflammée, ses parois étaient épaisses et son contenu était jaunâtre, légèrement purulent.

Rate.

J'aborde une des parties les plus intéressantes de mon compte rendu et, cependant, suivant le plan que j'ai adopté, je ne parlerai pas ici des hydatides de cette région : Je vous signale rapidement un exemple d'atrophie de la rate qui était réduite presque entièrement à une coque fibreuse, et qui a été trouvée sur le cadavre d'une vieille femme. Mais, j'insiste sur d'autres présentations, les unes relatives à la tuberculisation, l'autre (et c'est là la partie la plus curieuse) à une apoplexie de cet organe.

MM. Verneuil et Boullard nous ont montré deux rates farcies, semées de tubercules. Ces noyaux tuberculeux avaient la forme et le volume d'une tête d'épingle, appendues à un petit pédicule, et rappelaient par leur disposition (ainsi que cela se présente souvent chez les enfants), par leur nombre, les corpus-

cules de Malpighi qui étaient le siège de la lésion. Ces pièces venaient à l'appui des idées émises par M. Verneuil sur le dépôt de tubercules à la surface de conduits, à la face libre de certains organes.

La pièce relative à l'*apoplexie de la rate* est due à M. Barth. Elle avait été recueillie sur le cadavre d'un homme, mort à l'hôpital Beaujon.

Jamais ce malade n'avait présenté de signes d'accidents intermittents; il avait, de temps en temps et surtout à la suite de chutes, ressenti de la douleur dans l'hypochondre gauche. La rate s'était gonflée, avait grossi petit à petit, et avait fini par acquérir un volume énorme (3 kil. 50 gr.). Elle descendait vers l'ombilic et dépassait du côté droit la ligne médiane, bien que, dans le plus grand nombre des cas, la rate, en s'hypertrophiant, descende plutôt vers la fosse iliaque. On parvenait très vite, par la palpation, par la percussion, à rapporter la tumeur à la rate elle-même. Pour expliquer cette lésion, il n'y avait pas à songer à une fièvre intermittente, à une fièvre grave, à l'une de ces hypertrophies de la rate coïncidant avec un cancer du foie, à une altération particulière du sang (la leucémie).

Le malade n'avait point la teinte cachectique. Il n'y avait pas d'hémorrhagie dans aucune autre partie du corps; et le sang n'avait nullement cet aspect particulier que lui donne une proportion insolite de globules blancs.

Le malade mourut et l'autopsie vint démontrer que cette altération de la rate était due à des hémorrhagies successives, survenues à des intervalles plus ou moins éloignés; de sorte que l'on trouvait à côté de foyers hémorrhagiques, de date récente, des noyaux anciens; les uns contenant encore le sang pur et liquide, d'autres des concrétions fibrineuses, ici une apoplexie circonscrite, là une apoplexie diffuse.

Peut-être ces foyers sont-ils assez fréquents dans cet organe : peut-être est-ce à un pareil accident qu'il faut rapporter ces douleurs spontanées, ces points très sensibles qui surviennent brusquement dans le cours d'une fièvre grave.

Mais ce qui augmentait encore l'intérêt de cette présentation, ce qui venait la compléter et expliquer ces lésions multiples, c'était une oblitération de la veine splénique, et une atrophie des vaisseaux courts.

Il a paru certain que cette oblitération avait été la cause des hémorrhagies multiples de la rate. Cette pièce vient à l'appui des idées émises par *notre honorable président*, et qu'il a appuyées par des expériences assez nombreuses : à savoir que l'oblitération des veines est dans un grand nombre de cas une cause d'hémorrhagie. C'est ainsi qu'il a pu, en oblitérant les veines, reproduire chez les animaux des apoplexies locales, variables suivant le lieu où l'on expérimentait.

Organes génitaux (femmes).

Nous avons eu beaucoup de présentations relativement aux vices de conformation.

M. Henry nous a montré une cloison qui divisait le vagin en deux canaux incomplets. La cloison touchait le col en arrière mais n'y adhérait pas.

M. Guyot nous a présenté une anomalie semblable, seulement la cloison n'allait pas jusqu'au col utérin.

Sur une pièce de *M. Verneuil*, un col unique, deux corps distincts.

Sur une pièce de *M. Gabriac*, c'était cette anomalie, un peu plus complète : deux cavités utérines, deux cavités du col.

Mais l'intérêt qui s'attache à une observation que nous devons à *M. Decès* est bien plus grand encore. Cette présentation nous a valu un rapport fort bien fait de *M. Goupil*.

M. Goupil, reprenant et critiquant les diverses classifications qui ont été faites pour ces anomalies, adopte et défend celle qui a été présentée dans nos Bulletins par *M. Barth*.

1° Utérus échancré, cordiforme. C'est le cas où l'utérus n'offre de traces de division qu'à l'extérieur.

2° Utérus simple, à cavité biloculaire.

3° Utérus divisé à l'extérieur et à l'intérieur : bicorne, un col, deux cavités ; double, deux cols, deux cavités.

Dans ces deux variétés, le vagin peut être divisé par une cloison plus ou moins complète, et le fait de *M. Depaul* est l'exemple le plus frappant de ce vice de conformation.

Cette classification laisse toutefois à désirer.

Les deuxième et troisième classes d'anomalies auraient besoin de quelques sous-divisions. Ainsi les faits de *MM. Verneuil* et

Gabriac sont des exemples d'utérus simple à cavité biloculaire pour le corps seulement dans le cas de M. Verneuil, pour le corps et le col dans le cas de M. Gabriac, et je dirais volontiers en ajoutant ici le fait de M. Alby, dont il sera question dans un instant.

1° Absence apparente d'utérus.

2° Utérus échancré cordiforme.

3° Utérus à cavité biloculaire { pour le corps seulement,
pour le corps et pour le col.

4° Utérus { bicorne,
double.

5° Utérus et vagin doubles.

6° Vagins doubles { complets,
incomplets.

Il manquerait une anomalie dans laquelle la cavité du col serait double, la cavité du corps restant simple. Mais M. Boullard a rencontré cette disposition.

C'est avec des vices de conformation comme ceux que nous avons signalés qu'on peut expliquer les exemples de *superfétation* plus ou moins authentiques. Je n'en citerai qu'un seul, celui de Thielman, dans lequel le second fœtus fut expulsé cinquante-deux jours après le premier. Dans les cas de grossesse gémellaire avec un utérus double, tantôt on a observé que les deux fœtus se développaient dans la même corne, tantôt isolément dans chacune des deux cornes. Tel est le fait rapporté par M. Hohl, qui a diagnostiqué cette disposition (*Gazette hebdomadaire*, 1854). Je m'arrête et renvoie pour plus de détails au rapport de M. Goupil.

Nous voici bien loin de la présentation de M. Decès que l'on peut, avec M. Goupil, rapprocher d'un autre fait publié par M. Leroy, de Versailles. Dans l'observation de M. Decès, il y avait deux utérus, deux cols, deux vagins; l'un des deux vagins était imperforé. La femme, âgée de seize ans, était menstruée depuis un an. Les règles coulaient chaque mois, et cependant le ventre grossissait. Une tumeur se développait d'un côté et augmentait à chaque période menstruelle; elle était due à la rétention du sang des règles du côté où le vagin était imperforé.

Il résulte de ces deux faits des conséquences pratiques que je vous signale, mais qui ne peuvent pas m'arrêter plus longtemps.

A côté de ces anomalies, je placerai une pièce présentée par *M. Alby*. Ici le vagin se termine par un cul-de-sac. *A priori* on croirait qu'il n'existe pas d'utérus. Cependant, après une dissection attentive, on retrouve deux petits corps placés de chaque côté du petit bassin, puis deux cordons fibreux doublés du péritoine. Ces deux corps, ce sont les ovaires; ces deux cordons, ce sont les trompes. Le microscope nous dit bien que ce sont les ovaires; mais il ne s'arrête pas là, et il vient lever tous les doutes que telle pièce aurait pu laisser dans l'esprit. Ces deux cordons, et deux autres ligaments qui se rendent au canal inguinal, viennent aboutir à de petits corps globuleux ressemblant à un paquet ganglionnaire, reliés par des prolongements sous forme de ligaments, n'ayant aucune connexion marquée avec le cul-de-sac du vagin, placés entre la vessie et le rectum. Le microscope trouva dans ces petites masses la fibre musculaire utérine et dès lors on a l'explication de cette pièce. L'absence de l'utérus n'est qu'apparente. Cet organe est rudimentaire, placé derrière le vagin avec ses deux trompes, ses deux ovaires, ses deux ligaments ronds. Ajoutons que même avant que l'examen microscopique fût venu lever toutes les incertitudes, *notre président*, dont les vastes connaissances nous sont toujours si précieuses, avait donné de cette pièce une explication que le microscope a confirmée plus tard.

Si nous passons maintenant aux pièces pathologiques, elles méritent aussitôt notre intérêt.

M. Chassaignac nous a montré une *fistule vésico-vaginale* dont l'ouverture pouvait admettre au moins le bout du doigt. Dans la vessie, on voyait un *calcul* qui ne pouvait pas franchir le pertuis à cause de son volume qui n'avait manifesté sa présence par aucune douleur, par aucun symptôme.

Sur une pièce de *M. Genouville*, on trouve un grand nombre de *corps fibreux* à divers degrés de développement, les uns presque parvenus à l'état de polypes fibreux, les autres enchâssés encore dans le tissu utérin : ceux-ci faisant surtout relief du côté du péritoine, ceux-là plutôt vers la cavité utérine : suivant le point de l'épaisseur de la matrice où ils ont pris naissance.

Une pièce de *M. Parmentier* vient compléter la présentation de *M. Genouville*, c'est un gros polype fibreux qui faisait saillie

dans la cavité du col et le vagin, et qui a été enlevé par un chirurgien des hôpitaux, M. Demarquay.

Dans la pièce que je vous ai présentée au nom de *M. Monneret*, ce sont d'énormes corps fibreux appendus de chaque côté de l'utérus comme le sont les deux poumons à la racine des bronches. Ils se sont coiffés du péritoine, mais ils n'appartiennent pas aux ovaires qu'on retrouve près d'eux ; et cette pièce vient confirmer une fois de plus la valeur de l'opinion de M. Barth, à savoir que les corps fibreux sont fort rares sur les ovaires, et que c'est le plus souvent pour s'être borné à une inspection superficielle que l'on a émis une opinion contraire.

Ces corps fibreux peuvent eux-mêmes offrir diverses altérations. Un d'eux, qui a été mis sous nos yeux par *M. Boscredon*, était implanté sur la lèvre antérieure du col et proéminait dans le vagin.

Quand on touchait la malade, on sentait cette tumeur et, à son centre, une ouverture dans laquelle pénétrait le doigt. On arrivait dans une espèce de cloaque rempli de détritüs et de fongosités qui portaient à penser, tout d'abord, qu'on avait affaire à un cancer utérin. La malade mourut, presque à son entrée à l'hôpital. A l'autopsie, on reconnut que le col et le corps de la matrice étaient sains, que le corps fibreux était implanté dans le point que j'ai indiqué plus haut, et qu'à son centre existait une cavité en pleine suppuration.

Dans un cas cité par M. Foucher, on trouvait aussi une perforation sur un polype fibreux et à son centre une cavité remplie de dépôts calcaires.

Dans un autre fait rapporté par M. Dolbeau, M. Nélaton avait cru, à un premier examen, qu'il s'agissait d'un carcinôme utérin, mais il revint bientôt de cette idée, reconnut que le doigt pénétrait dans un corps fibreux altéré, implanté sur le col, mais que le col lui-même était sain. Le polype fut extrait et la malade guérit bien.

M. Fénerly nous a présenté un autre exemple de tumeur recueillie chez une jeune fille qui était morte d'un cancer de l'œil. La production morbide était formée d'une coque dure osseuse à contenu jaunâtre, et autour d'elle on remarquait une hypertrophie de l'organe et une série de ces bourses séreuses qui ont appelé l'attention de M. Verneuil et qui sont le point

de départ de ces kystes lacuneux si bien décrits par notre collègue.

Il est une remarque intéressante qui me frappe : on ne trouve guère cette ossification à la surface des corps fibreux que quand ils proéminent du côté de la cavité péritonéale, qu'ils sont coiffés par la membrane séreuse. L'ossification se produit dans le tissu cellulaire sous-péritonéal, et il arrive ici ce qui se passe pour la plèvre, pour la tunique vaginale, etc.

Si le fait de M. Fénerly, enveloppé de toute part par le tissu utérin, semble échapper, au premier abord, à cette loi, on voit bientôt qu'il est entouré d'une atmosphère celluleuse, qu'il s'est créé des bourses séreuses autour de lui, et qu'il s'est comporté comme s'il eût été coiffé par le tissu cellulaire sous-péritonéal et par le péritoine.

Il découle de cette observation certaines conséquences pratiques. Si, comme les faits semblent le prouver, cette loi est vraie, il faudrait s'abstenir de vouloir extraire un polype utérin, un corps fibreux de l'utérus si l'on avait reconnu sa dureté, sa densité osseuse, car il serait alors placé sous le péritoine.

Outre ce corps fibreux ossifié, on voyait aussi sur cette pièce un tout petit *polype* qui semblait constitué par une frange de la muqueuse utérine. Ces polypes rudimentaires (passez-moi l'expression) sont souvent la cause d'accidents répétés : hémorrhagies fréquentes, fausses couches, etc. Quand on les examine, ils trompent le doigt qui les touche comme font du reste tous les polypes que l'œil ne peut pas apercevoir, et l'on est toujours surpris, quand on les a extraits, de leur trouver un aussi petit volume.

Les corps fibreux, quand ils proéminent dans la cavité utérine, provoquent quelquefois les douleurs de l'enfantement ; puis, si la tumeur franchit le col, devient pendante dans le vagin, les douleurs s'arrêtent.

Avec ces corps fibreux, les femmes peuvent devenir enceintes, et si ces tumeurs ne provoquent pas l'avortement, si elles se développent pendant la gestation, elles sont souvent une cause de dystocie.

Il peut arriver dans ces circonstances que l'accouchement se termine parce que la tumeur remonte dans le bassin, ou qu'elle soit aussi expulsée avant ou après la délivrance, comme M. Mo-

reau nous en a rapporté un exemple, ou bien qu'une semblable affection détermine le chirurgien à avoir recours d'abord à l'opération césarienne. Vous trouverez dans nos bulletins une observation de *M. Gallard*, où l'on a dû employer ce moyen extrême.

Si, dans ce cas, on parvenait à préciser le diagnostic de ces tumeurs, leur forme, leur point d'implantation, etc., il serait peut-être plus avantageux d'avoir recours d'abord à leur extirpation que de pratiquer une opération malheureusement presque toujours mortelle.

Nous devons à *M. Boullard* deux faits curieux : l'un est un utérus très long, et il vient confirmer l'opinion de *M. Huguier*, l'allongement de l'utérus à la suite de prolapsus.

J'ai vu il y a quelques jours, dans le service de *M. Gosselin*, à l'hôpital Cochin, un fait que l'on peut rapprocher de celui-ci, sur une femme déjà âgée : l'utérus est un peu abaissé, la lèvres postérieure du col est très allongée, elle a au moins 4 centimètres. La lèvre antérieure a ses dimensions normales.

Le second fait de *M. Boullard* est un kyste développé dans le col, gros comme un œuf de pigeon, que l'on peut regarder comme un œuf de Naboth considérablement augmenté.

Deux autres pièces, l'une de *M. Fano*, l'autre de *MM. Depaul et Tarnier*, sont relatives à la grossesse. Ce sont deux *placentas*. Sur celui-ci on voit des noyaux grisâtres, indurés, suites d'hémorrhagies placentaires. Les hémorrhagies ont déterminé la mort du fœtus et l'avortement. Sur celui-là il y a aussi des noyaux grisâtres multiples fibrineux, des noyaux plus ou moins récents d'apoplexie placentaire. L'enfant est mort à une période plus avancée de la grossesse que dans le cas précédent. La femme de qui venait ce placenta avait déjà fait deux fausses couches, l'une à sept, l'autre à huit mois, et *M. Cruveilhier* nous citait à ce propos l'observation d'une femme qui, après avoir eu deux grossesses heureuses, fit successivement quatre fausses couches. Le mari fut soumis à un traitement antisypilitique, et la femme eut deux autres grossesses fort heureuses. Aussi notre président ne serait pas éloigné de croire que les altérations, les apoplexies lacentaires seraient liées à une diathèse syphilitique, dans un grand nombre de cas. L'avenir, messieurs, pourra juger cette question.

Nous devons à *M. Gallard* un fait de grossesse extra-utérine

rapporté avec soin et avec détail dans nos Bulletins. Rien, dans l'examen de la tumeur, dans les antécédents, rien dans les signes physiques, physiologiques ne pouvait faire penser à un cas semblable. Les chirurgiens fort habiles qui ont vu la malade, MM. Robert et Huguier, avaient diagnostiqué une hématocele rétro-utérine, et c'était le seul diagnostic rationnel que l'on pût porter. On fait une ponction; il sort du sang noirâtre, visqueux, et la malade allait assez bien. On pratique une injection dans le foyer; douze heures après la malade était morte de péritonite suraiguë. Le kyste s'était rompu dans la cavité péritonéale. A l'autopsie on trouve un fœtus altéré au milieu de caillots altérés eux-mêmes et un placenta. C'était un cas de grossesse extra-utérine. Malheureusement il n'a pas été permis de dire, après la dissection, dans quelle classe de ces grossesses anormales il fallait ranger le fait qui nous occupe.

Cette pièce me conduit à un autre fait que M. Vautrin a mis sous nos yeux : un *phlegmon péri-utérin*. Cette maladie a été surtout bien étudiée depuis peu d'années et surtout par MM. Nodding, Valleix, Gendrin et Gosselin. Elle vient d'être le sujet d'une thèse de notre collègue, M. Gallard. M. Gosselin a bien résumé, dans quelques leçons qu'il a faites sur ce sujet à l'hôpital Cochin, l'état de la question et la distinction qu'il faut établir entre les divers phlegmons, quant à leur marche, abstraction faite de leur siège. Il les divise en phlegmons aigus, subaigus et chroniques. Il a pu voir, à l'hôpital de Lourcine bon nombre de ces phlegmons. Les uns sont constitués par une induration du tissu cellulaire péri-utérin; ils peuvent se résorber sur place, mais toujours après un temps assez long; d'autres arrivent d'emblée, de suite à suppuration, ou bien suppurent après avoir été longtemps à l'état d'induration. Le fait de M. Vautrin doit être classé dans cette dernière catégorie. Le phlegmon s'était ouvert dans le rectum et le vagin. La malade mourut dans le marasme, et à l'autopsie on retrouva un vaste foyer ayant disséqué l'utérus, décollé, ulcéré, perforé le rectum et le vagin.

Trompe.

Pour la trompe, j'ai deux faits à vous rappeler, l'un que nous devons à un de nos collègues qui, bien qu'éloigné de Paris, s'as-

socié toujours à nos travaux, *M. Bouteiller*, de Rouen. Ce sont deux trompes remplies de matière tuberculeuse et recourbées en plusieurs anses, ce qui leur donnait la forme de deux bouts d'intestins distendus.

L'autre est dû à *M. Dolbeau*, c'était une *hernie de la trompe* dont voici en quelques mots l'observation :

Une malade était entrée dans le service de *M. Velpeau*, avec une tumeur rouge fluctuante dans le pli de l'aîne, au niveau du canal inguinal, tumeur parfaitement irréductible et qui fut incisée. Il s'écoula du pus, puis, deux jours après, survint une péritonite qui enleva promptement la malade. On trouva à l'autopsie cette poche purulente qui s'était formée dans un sac herniaire ; dans ce sac, la trompe qui portait elle-même un kyste de son pavillon. A l'ouverture intra-abdominale du canal inguinal se trouvait l'ovaire qui ne s'était pas hernié.

Il s'était passé pour la trompe et l'ovaire ce qui arrive pour le testicule quand il n'est pas descendu dans le scrotum : l'épididyme s'engage d'abord, le testicule le suit ou reste dans l'abdomen.

Ici, la trompe seule était herniée, le sac ne communiquait qu'accidentellement avec la cavité péritonéale.

On sait que les *kystes* du pavillon de la trompe et même de son canal ne sont pas rares, qu'ils ont été surtout bien étudiés par *M. Ad. Richard*. Ces kystes sont remarquables par leur teinte bleuâtre et par le liquide toujours séreux qu'ils renferment, contrairement à ce que l'on observe pour les kystes de l'ovaire.

Nous avons vu plusieurs cas de ce genre dans le courant de cette année ; l'un, entre autres, rapporté à propos des kystes de l'ovaire. Sur une même pièce, de *M. Boscredon*, on trouvait des kystes de l'ovaire multiloculaires, renfermant un liquide épais, visqueux, et deux kystes des pavillons des trompes situés au-dessous des précédents et avec les caractères que j'ai notés plus haut.

Ovaires.

Les maladies de l'ovaire sont plus fréquentes que les maladies de la trompe, aussi avons-nous plus de pièces concernant cet organe et surtout beaucoup de kystes.

M. Lorain nous a montré des kystes multiples avec quelques

tumeurs fibreuses qui avaient envahi les deux ovaires. Le liquide que contenait le kyste était brun-chocolat, un peu filant et renfermant beaucoup de cholestérine.

Sur une autre pièce que nous a fait voir *M. Bailly*, le liquide était filant comme une solution épaisse de gomme, et ne s'était écoulé qu'en petite quantité par une ponction que l'on avait pratiquée. C'est du reste un fait qui se présente assez fréquemment dans la pratique et dont il faut être prévenu. Deux mois après la ponction il se fit dans les parois du kyste une perforation spontanée. La malade mourut d'une péritonite suraiguë.

Puis un vaste kyste multiloculaire présenté par *M. Boscredon* et qui était remarquable et parce que le liquide de ces kystes était filant comme dans le cas précédent, et parce que les parois étaient très vasculaires, et aussi parce que en même temps on trouvait deux kystes des trompes dont la couleur bleuâtre tranchait sur celle des kystes de l'ovaire.

Cette pièce provenait du service de *M. Piédagnel*, et, au dire de la malade, elle n'aurait daté que de quatre mois.

M. Boullard, sur une petite fille à terme, nous a montré des kystes multiples des ovaires ressemblant à ce que l'on voit souvent chez les vieilles femmes.

Sur un autre enfant, le même présentateur nous a fait voir deux ovaires volumineux jaunâtres, étalés comme une feuille de fougère.

Je mentionnerai aussi ces *kystes pileux* bien connus et bien décrits, à coque plus ou moins épaisse, contenant de la matière cérumineuse ressemblant à du beurre un peu rance, et, au milieu de cette pulpe, des poils, les uns adhérents au kyste, les autres roulés en boules plus ou moins épaisse, et je vous rappellerai les pièces de *M^{ms} Trélat, Perret et Decès*.

Ensuite des faits qui viennent confirmer les idées de *M. Coste* sur la formation des *corps jaunes*. On voyait les corps jaunes exister indépendamment d'un caillot sanguin qui était renfermé dans la cavité de la vésicule de de Graaf. L'une d'elles nous a été montrée par *M. Duchaussoy*, l'autre par *M. Barnier*.

Enfin j'appelle votre attention sur une pièce de *M. Liégeois*. Les deux ovaires étaient le siège de deux tumeurs volumineuses formées par un tissu ressemblant à de la matière encéphaloïde, mais la pression ne faisait pas suinter de suc, et le microscope a trouvé qu'elles étaient formées de tissu fibro-plastique.

Tumeurs du sein.

De toutes les affections chirurgicales que l'on observe dans les hôpitaux, il n'en est pas relativement de plus fréquentes que les tumeurs du sein. Les unes inflammatoires (les abcès sous-cutanés, parenchymateux, sous-mammaires, etc.), les autres à marche lente. Les unes fluctuantes, les autres durées ou complexes. Ici des tumeurs bénignes, là des tumeurs malignes : pour adopter la division de M. Velpeau si commode, et si utile pour l'étude et le diagnostic de ces maladies. — Si les tumeurs de cet organe sont les plus communes, elles sont aussi les mieux connues, surtout depuis les travaux de M. Velpeau, qui est arrivé à une si grande perfection de diagnostic.

Vous ne trouverez dans nos présentations rien qui soit relatif aux tumeurs inflammatoires, aux abcès, etc. Toutes les pièces qui passent sous nos yeux proviennent ou d'autopsies, ou d'opérations qui ont été pratiquées.

Pour les tumeurs cancéreuses, nous avons eu un squirrhe atrophique de M. Godart, qui offrait ceci de remarquable, qu'il était formé de deux plaques, séparées par du tissu adipeux ; — une tumeur colloïde que M. Robert a opérée, et que M. Guyot a apportée à la Société. M. Dufour a trouvé dans cette tumeur les éléments caractéristiques du cancer.

Pour les tumeurs bénignes, j'ai plusieurs présentations à vous rappeler. Il serait superflu, messieurs, d'analyser ici le *Mémoire* de M. Lebert, le livre de M. Velpeau ; de vous rappeler la distinction des hypertrophies suivant qu'elles affectent l'élément fibreux, l'élément graisseux, l'élément glandulaire, ou suivant qu'elles portent sur tous les éléments en même temps. Qu'il me suffise de vous signaler deux faits d'hypertrophie générale, que nous devons : l'un à M. Chassaignac, l'autre à M. Marté.

Pour les hypertrophies partielles, j'ai besoin d'entrer dans quelques détails. M. Velpeau, comme chacun sait, sans nier les hypertrophies mammaires, admet une espèce particulière de tumeurs qu'il appelle *adénoïdes*. Ces tumeurs, pour lui, naissent de toutes pièces au sein de la glande mammaire ; mais elles en sont indépendantes et ne sont retenues par aucune adhérence. Elles s'énucléent, elles s'enlèvent, sans qu'il soit besoin de les

détacher du tissu mammaire ; ou bien elles sont libres, dans le tissu cellulaire sous-cutané, libres sous la peau, ou bien encore enclâssées dans la glande, mais, en tous cas, indépendantes. M. Velpeau appuie ses idées sur la consistance, la couleur, la forme lobulée de ces tumeurs, et surtout sur ce qu'elles n'ont pas de pédicule apparent.

Pour les micrographes et la plupart des chirurgiens, ces tumeurs sont aussi des hypertrophies partielles de la mamelle. Si le pédicule manque, c'est que l'hypertrophie a porté spécialement sur les culs-de-sac glandulaires, c'est que les canalicules se sont atrophiés, etc., etc.

M. Velpeau, d'accord avec les micrographes, reconnaît que la structure de ces tumeurs est bien comme l'ont décrite les micrographes : MM. Lebert, Broca, Verneuil, Follin, Robin, et d'autres encore, pour ne parler que des micrographes français ; et pour concilier cette idée avec sa théorie, il admet que les tumeurs de formation nouvelle, au sein d'un organe, revêtent la structure de l'organe au milieu duquel elles ont pris naissance : ainsi pour le sein, ainsi pour le prostate, ainsi pour les corps fibreux de l'utérus, etc.

Nous avons vu deux pièces, deux tumeurs, qui avaient les caractères physiques de celles que M. Velpeau appelle adénoïdes, l'une présentée par M. Verneuil, l'autre par M. Broca, et sur ces pièces on voyait très nettement le pédicule qui les unissait au reste de la glande, et l'on pouvait parfaitement retrouver dans ces pédicules des canaux galactophores. Ils étaient hypertrophiés en même temps que les culs-de-sac glandulaires.

Quant à la théorie de M. Paget, elle est tout à fait inadmissible, et je me borne à vous la signaler en quelques mots : Pour ce chirurgien, il se forme d'abord un kyste, puis dans un point de la paroi interne de ce kyste, naît une tumeur qui se développe, grossit, et remplit bientôt le kyste. Aussi ces tumeurs sont-elles enkystées, et retrouve-t-on, quand on dissèque et qu'on renverse le kyste, un point où elles sont adhérentes à sa paroi. Je ne m'arrêterai pas plus longtemps, messieurs, à cette théorie, j'ai déjà assez insisté sur les hypertrophies mammaires.

Organes génito-urinaires (hommes).

Une *anomalie* nous a été présentée par *M. Guyot*. Sur un cadavre apporté à Clamart, il a trouvé la vessie bien développée, une verge rudimentaire, pas de testicule, mais des canaux délérents, portant des vésicules séminales et se terminant en cul-de-sac. C'est le seul vice de conformation que j'aie à enregistrer.

Gland, urètre, vessie.

M. Caron nous a montré une *corne* de 15-18^{mm} de hauteur, développée sur le gland, dans l'espace de deux ans. Elle avait débuté sans cause appréciable, sans presque de douleur, mais elle gênait beaucoup dans l'acte du coït.

Nous devons à *M. Dufour* une pièce qu'il a recueillie sur un des malades de *M. Ricord*. C'est une *tumeur lymphatique* de la verge qui avait son siège dans les lymphatiques de cette région, oblitérés dans quelques points, et qui avaient subi une dilatation variqueuse.

A la suite d'une chaudepisse intense, le malade fut pris d'une lymphangite du fourreau de la verge. C'est à la suite de cette inflammation que se manifesta la tumeur, elle s'ouvrit et il s'établit plusieurs trajets fistuleux sous-cutanés. *M. Dufour* nous dit, en montrant cette pièce, que *M. Ricord* a observé assez souvent de pareilles tumeurs, que *M. Zambaccos* a vu un cas semblable l'an dernier. *M. Dufour* a examiné le liquide qui suintait par les trajets fistuleux ; il ne trouva aucun globule lymphatique. Plus heureux que lui, *M. Zambaccos* avait pu reconnaître avant l'opération tous les caractères de la lymphé.

Les *valvules de l'urètre* ont beaucoup attiré l'attention des anatomistes et des chirurgiens.

Il n'existe pas, je pense, de description d'une valvule semblable à celle que nous a montrée *M. Godart*. C'était un repli valvulaire, ayant la forme et l'aspect des valvules de l'artère pulmonaire, ou plutôt des valvules des veines, à cause de sa ténuité, de sa forme en nid de pigeon, à concavité s'ouvrant du côté de l'orifice vésical, située sur l'un des côtés du *vérumontanum*. On ne voyait pas autour d'elle de trace d'ulcération ; il n'y avait

pas à songer à un corps irritant, à un calcul qui, venant de la vessie, aurait soulevé la muqueuse urétrale. Il n'y avait pas de calcul, pas de graviers dans la vessie, pas de signes d'inflammation circonvoisine.

À côté de cette pièce, je vous citerai une autre pièce de M. Fano. On aurait dit, *a priori*, qu'il s'agissait d'une valvule semblable à celle dont je viens de m'occuper. Mais elle était située à la paroi supérieure du canal, là où existent surtout les lacunes de Morgagni. C'était une fausse route ayant traversé la muqueuse en deux points, ainsi qu'on pouvait s'en assurer avec un stylet; la muqueuse formait un pont au-dessus de la sonde.

M. Boullard nous a aussi montré une disposition assez commune, ce sont deux valvules dans le siège de la valvule de Guérin.

Puis viennent deux faits, l'un de M. Guyot, c'est un rétrécissement avec fausses routes; l'autre un rétrécissement dû à M. Anclaux.

À ce propos, M. Caudmont a appelé l'attention sur la disposition du rétrécissement qui était bien manifestement situé dans le tissu sous-muqueux.

Vessie.

M. Caudmont nous a fait voir un moule de plâtre pour appeler l'attention sur deux points; d'abord sur la disposition de la lèvre antérieure, qui est telle qu'elle se déplace pour laisser sortir l'urine, ensuite sur ce que la paroi antérieure de la vessie prend au voisinage de cette lèvre une direction horizontale d'avant en arrière, tandis que jusque là elle était descendue verticalement. De sorte qu'il existe une certaine analogie entre l'insertion de l'urètre dans la vessie et celle des uretères. La vessie se trouve fermée par la pression de l'urine sur la lèvre antérieure.

À côté de cette pièce physiologique, je classerai plusieurs pièces pathologiques que nous devons à MM. Perrin, Verneuil et Guyon, et qui demandent quelques détails.

Un malade, en 1811, reçoit un coup de feu au-dessus du pubis, la balle va sortir un peu au-dessus de la grande échan-crurée sciatique. Le malade guérit bien. En 1849 il est soigné pour un catarrhe vésical. On sentait à l'hypogastre une tumeur

assez volumineuse. Il sortait par le cathétérisme de l'urine purulente, mais la tumeur ne se vidait pas complètement. Le malade meurt d'une péritonite purulente. A l'autopsie on trouve derrière la vessie un vaste abcès communiquant largement avec cet organe au moyen d'une perforation arrondie. Cet abcès avait eu, sans nul doute, pour point de départ, la plaie par arme à feu. Tel est le fait que nous a rapporté M. Perrin.

Un autre intérêt s'attache à la pièce que nous a montrée M. Cruveilhier. Il s'agit encore d'un abcès, mais ici l'abcès a son siège en dehors du péritoine, au niveau de la région prostatique et du bas-fond de la vessie. Il a pour origine une blennorrhagie intense. Cet abcès s'est ouvert dans le péritoine et a déterminé une péritonite purulente.

Quant à la communication de M. Verneuil, elle est relative à la tuberculisation. C'est une plaque tuberculeuse qui occupe le bas-fond de la vessie, le trigone vésical, qui gagne l'orifice de de l'urètre et se prolonge dans un des uretères. Mais l'uretère, bien que dilaté au-dessus de ce point, n'est pas oblitéré complètement, ainsi qu'on a pu s'en assurer.

Dans la pièce de M. Guyon, il s'agit de *varices du col* de la vessie dont la rupture a déterminé une hématurie mortelle. Cette lésion est admise dans quelques auteurs, par Chopart, par exemple, mais il n'existe aucun fait d'anatomie pathologique que celui de M. Guyon à l'appui de cette assertion.

Enfin M. Broca nous a rapporté un fait assez curieux qui s'est produit à la suite d'une opération de circoncision. Il avait eu recours à l'application de la glace pour diminuer la douleur. L'opéré fut pris de *dysurie* dans la soirée. Il s'est peut-être passé ici ce qu'on observe assez souvent après l'application des réfrigérants sur les artères.

Testicule.

Si nous arrivons maintenant au testicule et à ses enveloppes, nous trouvons d'abord pour l'*hématocele* trois pièces qu'on peut mettre en parallèle. Ce sont trois cas d'hématocele scrotale avec épaississement de la tunique vaginale.

L'un, présenté par M. Rombeau, opéré par la castration.

L'autre, recueilli comme le précédent, dans le service de M. Velpéau, par moi-même, et opéré par le séton.

Le troisième, que j'ai pu voir à l'hôpital Cochin et qui a été opéré par M. Gosselin par décortication.

J'ai insisté dans nos Bulletins sur les idées que M. Gosselin a longuement développées, dans un mémoire publié dans les *Archives générales de médecine*.

M. Parmentier nous a apporté un testicule encéphaloïde enlevé sur un jeune homme dont le frère a été opéré l'année précédente par M. Ricord pour une semblable tumeur.

Un autre testicule, également cancéreux, enlevé chez un malheureux qui avait déjà subi une semblable opération, un an auparavant. Le canal déférent, du côté précédemment opéré, était resté perméable.

Vous n'avez pas oublié, messieurs, la pièce que nous a fait voir M. Lorain. C'était une grosse *tumeur colloïde*, grosse comme la tête d'un fœtus, et qui a été enlevée complètement.

On trouvait, au bas de cette tumeur, le testicule et l'épididyme sains. J'ai encore présente à la mémoire l'histoire d'un malade qui a été le sujet d'une leçon, faite au concours pour l'agrégation en chirurgie. Il s'agissait d'une tumeur plus grosse que les deux poings, avec des bosselures de densité inégale, et qui donnait une sensation de fluctuation des plus trompeuses. La peau était saine, sans changement dans sa couleur. Le jeune homme était bien portant et bien constitué. Les avis furent partagés pour le diagnostic : les uns pensaient qu'il y avait du liquide, probablement de la sérosité, dans la cavité vaginale et peut-être une masse de nature douteuse englobant le testicule ; d'autres croyaient qu'il s'agissait d'une tumeur encéphaloïde ; d'autres, enfin, que le testicule était sain ; on sentait au bas de la tumeur une bosse isolée, ayant la forme et la consistance du testicule, et sur laquelle la pression provoquait une douleur caractéristique ; et au-dessus de lui une tumeur de nature douteuse. Une ponction est faite, rien ne sort par la canule. On enlève la masse morbide, c'était une tumeur colloïde, et le testicule était sain au bas de la tumeur. L'épididyme était sain aussi, mais dissocié et occupant un autre côté de la production accidentelle.

Les erreurs de diagnostic sont si fréquentes dans cette région ! les maladies prennent quelquefois un type si bizarre, si singulier ! Qui oserait affirmer de reconnaître à coup sûr une hématocele, une hydrocele, un cancer du testicule ? Voici en-

core d'autres faits qui viennent à l'appui de ce que j'avance :

M. Lorain nous a montré un abcès, mais un abcès bien formé, avec du pus facilement reconnaissable, dans le milieu du testicule même. La poche purulente était entourée de canaux séminifères; elle s'était développée lentement, graduellement, sans jamais provoquer la moindre douleur, sans qu'on pût en rapporter l'origine à aucune cause appréciable.

Il est quelquefois aisé de reconnaître des tubercules dans le testicule; la pièce, que M. Godart nous a montrée, était dans ce cas. Il y avait eu des abcès, il restait des trajets fistuleux, etc., etc., et après l'opération on trouve du tubercule dans le testicule sous forme de noyaux petits, bien limités, et aussi dans le canal déférent.

Mais à côté de cette pièce, M. Denucé nous a donné une observation où le diagnostic était bien embarrassant. M. Michon lui-même a été surpris de ce fait.

Un jeune homme, avec toutes les apparences d'une bonne santé, se présente à la consultation de M. Michon. Il portait sur l'un des côtés du scrotum une tumeur fongueuse, un véritable champignon gros comme le poing.

Il raconte que cette maladie a débuté, il y a quelques mois seulement; qu'elle s'est promptement ulcérée et qu'elle a de suite végété au point d'acquérir son volume actuel. Une première hémorrhagie assez rebelle, qui a un peu affaibli le malade, s'est faite il y a quelques jours; une seconde hémorrhagie a lieu dans le cabinet de M. Michon, hémorrhagie très rebelle comme la première. M. Michon pensa de suite à une tumeur encéphaloïde, cependant il laissa un point de doute en considérant l'âge et la constitution du jeune malade et l'aspect de ce champignon fongueux. L'opération est décidée. La castration est pratiquée le lendemain.

A l'autopsie de la pièce, on trouve qu'il s'agit d'un testicule tuberculeux. On rencontre une quinzaine de noyaux, bien limités, bien circonscrits, enfermés pour la plupart dans les tubes séminifères très dilatés.

J'aurais bien encore à vous parler d'un cancer du testicule présenté par M. Bonfils, mais cette pièce est surtout intéressante à un autre point de vue et nous occupera à propos des reins et des urètères

Reins, uretères.

Si j'ai mis dans deux cadres différents les maladies des organes génito-urinaires chez l'homme et chez la femme, j'ai rejeté avec intention les affections des reins et des uretères pour les réunir dans un seul chapitre.

Les pièces relatives aux maladies des reins sont nombreuses, et toutes ont offert des détails intéressants.

Nous devons à *M. Foucher* une *anomalie des reins*. On trouvait, à cheval sur la colonne vertébrale, un rein unique en forme de croissant à convexité supérieure; mais on s'apercevait bien vite que cette anomalie était due à la soudure, à la fusion des deux reins par leur extrémité supérieure. On retrouvait deux calices, deux uretères, deux artères. Il semblait que les deux reins avaient accompli un mouvement de rotation sur eux-mêmes, de façon que leur extrémité inférieure, restant en place, leur extrémité supérieure s'était inclinée l'une vers l'autre pour se confondre; de plus, on voyait sur l'un des deux un kyste faisant saillie à la surface.

M. Jessé nous a montré deux reins provenant d'une femme morte à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Rostan, à la suite d'une pneumonie. Ces deux organes étaient criblés de *kystes* de grosseur variable. Le liquide contenu dans les poches était citrin, semblable au liquide de l'hydrocèle; il ne restait presque plus de substance rénale, et cependant la malade n'était pas entrée à l'hôpital pour cette affection. L'urine contenait de l'albumine et à une certaine époque avait été sanguinolente.

On se demande, en présence d'une semblable observation, comment pouvait se faire la sécrétion urinaire, comment, surtout, une lésion aussi étendue donnait lieu pendant la vie à des symptômes si peu alarmants. Nous retrouverons, dans le cours de cette revue, des pièces qui pourraient encore, à un autre point de vue, suggérer cette réflexion: on peut quelquefois arriver pendant la vie à porter le diagnostic de ces kystes rénaux. On sent dans la région lombaire une tumeur insolite, indolente, fixe, profondément placée, présentant plusieurs bosselures. On peut par la palpation circonscrire assez bien la tumeur. À l'aide de la palpation, de la percussion, en tenant compte surtout du

siège de la lésion et de l'étendue de la matité, on pourra arriver à déterminer que la lésion appartient bien au rein et non à la rate et au foie. Dans certains cas l'urine peut contenir de l'albumine et même du sang comme dans le cas rapporté par M. Jessé.

M. *Blain des Cormiers* a mis sous nos yeux une *hémorrhagie* des reins survenue dans le cours d'une fièvre scarlatine. Cette hémorrhagie était caractérisée par des caillots remplissant le calice et le bassinnet. La vessie contenait aussi du sang mêlé à l'urine. Il s'était fait dans ces organes une exhalation, comme cela arrive fréquemment dans le cours des fièvres éruptives.

Pour les *tubercules* dans les reins, je citerai les pièces de MM. *Verneuil, Perret, Bailly*.

Dans l'une, on retrouvait presque le type de ce genre d'altération : le tubercule avait surtout envahi le calice et le bassinnet et infiltré leurs parois. Le rein offrait une série de loges purulentes communiquant entre elles à l'aide du bassinnet.

Pour les autres, le rein était réduit presque à une espèce de coque fibreuse pleine de tubercules. Chose remarquable, aucun symptôme pendant la vie n'avait fait soupçonner cette altération !

L'une de ces pièces avait encore un autre intérêt. *Le rein, déplacé*, formait sur la paroi abdominale une tumeur assez volumineuse, mobile, placée sur le côté de la ligne médiane descendant vers la fosse iliaque, et avait donné lieu à une erreur de diagnostic. On l'avait pris pour un kyste de l'ovaire.

J'ai vu dans le service de M. Velpeau un exemple de déplacement d'un des reins. Un chirurgien avait pris cette tumeur pour la rate, un autre avait songé à une tumeur de formation nouvelle, et cependant la percussion faisait retrouver la rate dans sa position normale.

Ces déplacements du rein sont assez fréquents et ont donné lieu à toute sorte d'erreurs de diagnostic comme dans les faits que je viens de citer : un rein est pris pour un kyste de l'ovaire, pour une rate. Il y a quelques jours, un docteur bien connu lisait à l'Académie une observation dans laquelle une tumeur du rein avait constamment été prise pour une tumeur de la rate, et l'autopsie seule vint fixer le diagnostic.

À côté de cette pièce, je mentionnerai un cas de pyélo-néphrite, rapporté par M. Guyot. La maladie était consécutive à un rétrécissement de l'urètre, à une cystite purulente. Les deux

reins étaient pleins de pus. C'est la lésion des reins qui a déterminé la mort du malade.

Puis deux autres cas dans lesquels, à la suite d'un calcul retenu dans le bassin, les reins ont été convertis en une poche purulente. Sur l'une de ces pièces, qui nous été présentée par M. Landry, le rein droit, énormément dilaté, pouvait faire croire à une tumeur du foie.

Parmi les causes des affections des reins, la goutte est une des plus communes. M. Chairou nous en a rapporté un exemple. Le malade, qui avait eu, pendant la vie, plusieurs accès de goutte, qui présentait au niveau des articulations des doigts des déformations caractéristiques, qui avait rendu plusieurs fois de petits graviers (coïncidence de la gravelle et de la goutte sur laquelle insiste M. Rayet ; selon cet auteur, quatre-vingt-dix-neuf fois sur cent, il se formerait dans l'urine des goutteux des concrétions d'acide urique), le malade, dis-je, succomba à une stomatite et une pharyngite intense.

Les reins atrophiés étaient très adhérents aux parties voisines ; ils étaient friables, les uretères dilatés et rouges annonçaient qu'il avait passé par là des calculs rénaux et que ces conduits avaient été le siège d'inflammation plus ou moins vive. La vessie, ratatinée, offrait un type de vessie à colonnes ; de plus, les reins étaient criblés à leur surface de kystes de différentes grosseurs, altération qui paraissait être indépendante de la diathèse goutteuse.

Sur une pièce de M. Voisin, on voyait d'un côté, avec un rein atrophié, réduit presque à une coque fibreuse, un uretère dilaté et une artère rénale rudimentaire. L'autre rein avait augmenté de volume. On pouvait se demander s'il s'agissait d'une atrophie congénitale, mais l'uretère dilaté écartait cette idée, ou d'une atrophie résultant d'un calcul rénal qui serait descendu dans l'uretère et dans la vessie, et si l'atrophie de l'artère rénale n'avait pas été la conséquence de cette lésion, seconde hypothèse émise par M. Caudmont, paraissant la plus probable.

Nous devons, à M. d'Ornellas, deux observations de *maladie de Bright avec phénomènes comateux et absence d'œdème*, et à M. Charcot un rapport remarquable sur l'historique et la description de cette maladie.

Ces deux états pathologiques (absence d'anasarque, phénomènes cérébraux) se combinent souvent ensemble et rendent le

diagnostic de la néphrite albumineuse fort difficile; l'une ou l'autre de ces complications, quelquefois l'une et l'autre en même temps, se rencontrent assez souvent, surtout en Angleterre et en Allemagne, où Grégory l'a notée vingt fois sur quarante.

Mais les accidents cérébraux peuvent se rencontrer dans la néphrite albumineuse et dans d'autres maladies des reins, la néphrite simple, la pyélite, les kystes avec ou sans acéphalocystes, etc. (Rayer), et dans ces cas, tantôt, comme dans les faits de M. d'Ornellas, il y a des lésions cérébrales qui expliquent ces symptômes; d'autres fois il n'en existe pas. C'est en se fondant sur ces complications des maladies de reins, sur ces symptômes cérébraux à marche, à type particulier, que Frerichs a admis une maladie particulière qu'il appelle *intoxication urémique* à forme aiguë ou chronique et parfaitement reconnaissable. Mais, quoi qu'en ait dit Frerichs, c'est plutôt par les symptômes du côté des reins, que par les symptômes cérébraux qu'on retrouve la cause de ces phénomènes.

Dans ces cas souvent, comme dans une observation de M. d'Ornellas, il y a diminution, puis suppression de sécrétion urinaire. La cause des phénomènes cérébraux, suivant les auteurs allemands, c'est l'accumulation excessive de l'urine dans le sang et surtout la transformation de cette substance en carbonate d'ammoniaque à l'aide d'un ferment particulier. Il paraît bien établi que l'urée entre en abondance dans le sang des albuminuriques, et l'on retrouve aussi le carbonate d'ammoniaque dans les sueurs, dans les matières vomies, dans l'air expiré, soit à l'aide d'un papier de tournesol rougi par un acide et que l'on approche des lèvres (l'air expiré ramène la couleur bleue), soit à l'aide d'une baguette trempée dans l'acide chlorhydrique et qui donne des vapeurs blanches.

Je n'ai pu résister au désir de vous esquisser le rapport de M. Charcot.

J'ajouterai encore quelques mots sur les maladies des reins.

M. Vidal nous a montré une *phlébite de l'artère rénale*. Le malade présentait en outre une hypertrophie des reins, une phlébite des veines crurales, une entéro-colite pseudo-membraneuse, une ostéite scrofuleuse des vertèbres.

Enfin une pièce de M. Bonfils. Un malade était atteint d'un cancer encéphaloïde du testicule et du cordon avec tumeurs sem-

blables dans les ganglions lombaires et dans le foie ; de plus, on trouvait dans la cavité abdominale une tumeur de la grosseur d'une tête de nouveau-né, plutôt située à droite qu'à gauche, et rappelant par sa structure le fungus hématode. En haut de cette tumeur on voyait une bosselure assez régulière, fluctuante. On incise cette tumeur et l'on voit de suite qu'il s'agit du rein de ce côté, rempli de pus. Jamais on n'avait observé de pus dans l'urine de ce malade, et jamais on n'avait noté de symptômes spéciaux. L'uretère, sans être oblitéré, était comprimé par la tumeur, et il fallait pousser le stylet avec une certaine force pour le faire pénétrer.

Les oblitérations de l'uretère sont des affections fort rares. Cette lésion est indiquée dans l'observation à laquelle j'ai déjà fait allusion. Dans ce cas aussi on aurait pu en dire autant si l'on s'était borné à un examen assez superficiel. Cependant le liquide purulent renfermé dans le rein ne s'échappait pas par les urines.

Système nerveux.

M. Voisin nous a montré une hémorrhagie dans un des ventricules latéraux. Le sujet avait présenté pendant la vie, et subitement, de l'incohérence dans les idées, de l'agitation, et fut conduit à Bicêtre. Peu de jours après son entrée, il présenta des symptômes de coma, de la stupeur ébrieuse ; cependant on pouvait observer une perte de la sensibilité et de la motilité, plus marquée d'un côté que de l'autre ; il meurt, et l'on trouve la lésion dont je viens de parler.

A côté de cette pièce, j'en placerai une autre. C'est une *apoplexie méningée* présentée par *M. Vidal*, recueillie sur un jeune enfant qui avait eu, pendant sa maladie, des convulsions, de l'assoupissement, des vomissements, du strabisme, des signes de méningite. Il se rétablit et meurt peu de jours après d'une broncho-pneumonie double. On trouve dans l'arachnoïde un épanchement formé de caillots étalés et stratifiés.

Puis c'est un *tubercule du cervelet* qui nous est apporté par *M. Prost*, qui n'a donné, pendant la vie, lieu à aucun symptôme qui eût pu faire soupçonner sa présence. Ce fait viendrait confirmer une loi établie par *M. Andral* : que les tumeurs, qui se développent lentement, n'amènent le plus souvent aucun désordre dans les organes qui les entourent.

M. Marcé nous a montré un exemple de contusion diffuse. Il s'agit du malade dont il a déjà été question, à propos des fractures du fémur et du bassin. Ce blessé avait perdu connaissance au moment de l'accident. Il ne répondait à aucune question ; il n'avait ni coma ni paralysie, mais, au moindre attouchement, il s'agitait, cherchait à frapper les personnes qui l'entouraient, etc. A l'autopsie on trouva de larges surfaces contuses, des noyaux apoplectiques.

A côté de ce fait, *M. Broca* nous en a cité un autre. Un malade est apporté à l'Hôtel-Dieu ; il offre tous les signes que je viens de citer, et l'autopsie ne démontre aucune trace de contusion, de piqueté, dans aucun point de l'encéphale.

La nature semble souvent se jouer de toutes les classifications que l'on a voulu et que l'on veut encore établir. Ainsi *M. Bouillaud*, se fondant sur une foule d'observations fort bien prises, fort bien interprétées, émet l'opinion que la perte de la parole coïncide avec une altération des lobes antérieurs du cerveau. Je vous ai déjà rappelé, à propos des maladies des os, un fait de *M. Charrier* qui vient à l'appui de la doctrine de notre savant professeur de clinique médicale.

A côté de celui-là, j'en citerai un autre de *M. Chairou*. Chez un malade, il y a perte de la parole, une conservation complète de l'intelligence, et l'on trouve à l'autopsie une apoplexie méningée à la partie postérieure et inférieure d'un des lobes du cerveau. Cette présentation nous a valu une communication fort intéressante de *M. Marcé* sur l'interprétation de ces symptômes.

Je n'en finirais point si je voulais mettre en regard tous les faits qui semblent s'appuyer, se contredire les uns les autres. Je n'ai voulu que faire ressortir l'intérêt qui s'attache aux présentations qui nous ont été faites.

Parmi les maladies qui peuvent affecter l'organe de la vision, l'*amaurose* est une des plus fréquentes et des plus redoutables. Elle fait le désespoir des chirurgiens, dans le plus grand nombre des cas. Elle peut guérir quelquefois, mais le plus souvent elle est au-dessus des ressources de l'art, et cette désolante proposition est surtout vraie quand il y a quelque lésion anatomique, comme cela existait dans une pièce qui nous a été présentée par *M. Bastien*.

L'*amaurose* accidentelle peut avoir pour point de départ l'en-

céphale ou le globe oculaire. Dans le premier cas, l'atrophie des bandelettes optiques, du chiasma, des nerfs optiques, marche du centre à la périphérie, et elle est d'autant plus étendue que l'amaurose date de plus loin.

L'atrophie, au contraire, gagne de proche en proche, de la périphérie vers le centre, des nerfs optiques vers le chiasma quand la cécité a commencé par le globe oculaire, l'opacité de la cornée, du cristallin, une lésion de l'humeur vitrée, de la choroïde, de la rétine, etc., etc.

Dans un fait de M. Bastien, l'amaurose était consécutive à des kératites à répétition, à une opacité complète des deux cornées. L'atrophie était très marquée pour les nerfs optiques; elle était moins évidente sur le chiasma, peu apparente sur les bandelettes optiques.

Deux pièces pathologiques consignées dans nos Bulletins sont relatives aux *névromes*. L'une de M. Verneuil, l'autre de M. Fano; toutes deux intéressantes, à deux titres différents.

La première est une tumeur, développée sur le trajet du nerf sciatique poplitée externe, et opérée par M. Robert. A la périphérie on voit s'épanouir les fibres nerveuses, puis on trouve que la tumeur est formée de tissu fibro-plastique; et plus au centre, où elle est plus ramollie, plus fongueuse, de tissu fibro-plastique et de graisse.

La seconde est un moignon résultant d'une amputation du bras. Tous les nerfs qui terminent ce moignon sont renflés, et leur renflement acquiert pour la plupart au moins le volume d'un œuf de pigeon.

La science possède bon nombre de cas semblables, mais il y a peu de pièces où cette altération soit aussi complète.

Tumeurs malignes.

La tribune de l'Académie, la presse rententissent encore de la grande et mémorable discussion de la curabilité et du diagnostic du cancer. On a jeté un coup d'œil sur le passé, on a fait justice de presque toutes les erreurs qui semblaient avoir encore droit de domicile; et cette discussion a eu l'incontestable avantage de montrer l'état de la science. Ainsi que l'a dit un des orateurs éminents de l'Académie de médecine, celui qui aurait employé les arguments dont on s'est servi, dans la même enceinte, il y a

dix ans, aurait été de plus d'un siècle en retard. Cette lutte est encore trop récente, pour que j'entre ici dans des généralités sur les pièces que je vais faire passer sous vos yeux. Je ne ferais que copier ce qui a été dit et redit. Mais je veux revendiquer la part de la Société anatomique dans cet immense progrès. C'est dans nos Bulletins qu'on retrouve le mémoire si remarquable de M. Lebert sur l'hypertrophie mammaire ; — et sans remonter bien haut, il suffit de jeter un coup d'œil sur les travaux des années précédentes, sur le compte rendu de nos prédécesseurs, et de voir comment sont appréciées les tumeurs épithéliales, fibroplastiques, cancéreuses.

J'ai déjà touché aux *tumeurs épithéliales*, à l'article *Appareil digestif*. Je vous mentionnerai ici deux pièces, l'une de M. Godart, l'autre de M. Parmentier, toutes deux relatives à des cancroïdes des lèvres et du plancher de la bouche ; la première provenant d'une autopsie, la seconde d'une opération pratiquée à la maison de santé.

Dans celle-là, la tumeur a envahi l'os maxillaire inférieur, l'os hyoïde, les cartilages thyroïde et cricoïde, les muscles sterno-hyoïdeus, sterno-thyroïdiens, les ganglions sous-maxillaires. La malade a succombé à des hémorrhagies répétées. L'examen de la pièce, fait avec soin, fit connaître qu'elle était formée de cellules épithéliales. Il n'y avait rien dans les viscères. — Dans celle-ci le cancroïde avait envahi le plancher de la bouche et l'os maxillaire inférieur à la partie interne de la symphyse du menton. — Ablation de la partie malade, résection du maxillaire inférieur. — Le malade est guéri de son opération ; mais est-il à l'abri d'une récurrence ? Le retour du mal est si fréquent et souvent si rapide, que je n'oserai jamais, pour ma part, porter un semblable pronostic. Les tumeurs épithéliales repullulent avec une opiniâtreté désespérante, mais peuvent-elles se généraliser ? peuvent-elles, en récidivant, renfermer des cellules cancéreuses lorsqu'elles n'en ont pas présenté tout d'abord ? J'appelle votre attention sur ces faits. C'est dans les hôpitaux, c'est dans une observation attentive, exacte, suivie, c'est dans un examen qui ne laissera rien à désirer qu'on trouvera la solution définitive de ce problème. Mais je dois vous rappeler les observations que M. Velpeau a citées à l'Académie, et chacun sait la grande valeur des assertions du professeur de la Charité.

Nous ne voyons à la Société que des cas rares de *tumeurs cancéreuses*, et cette rareté leur vient ou de leur siège ou de l'âge des sujets sur lesquels on les observe, etc. C'est ce qui explique pourquoi je n'ai que peu de pièces à vous rappeler.

D'abord un cancer de l'avant-bras bien limité, que nous devons à *M. Dolbeau*.

Puis un cancer du maxillaire supérieur présenté par *M. Loraïn* et qui avait envahi l'œil, l'orbite et le nerf optique.

Puis une *tumeur cancéreuse de l'abdomen*, qui nous a été apportée par *M. Goupil*, et qui mérite de nous arrêter un instant.

Cette tumeur a été observée, sur une jeune fille de douze ans, tuberculeuse; — son origine remontait à onze mois; elle occupait une grande partie de la cavité abdominale et rappelait, par sa forme, tant pendant la vie qu'à l'autopsie, un utérus gravide. On avait cru tout d'abord qu'il s'agissait d'une masse de ganglions tuberculeux, mais, à l'ouverture du cadavre, on trouva que cette énorme tumeur, située en dehors du péritoine, était un vrai cancer à cellules et noyaux caractéristiques. Cette maladie avait, pendant les derniers temps de la vie, déterminé une oblitération de la veine cave inférieure avec œdème des membres inférieurs, etc., etc.

À côté de cette pièce, doit être rangée une observation qui nous a été communiquée par *M. L. Blin*, de *diathèse cancéreuse*, chez un enfant de douze ans. On trouvait des noyaux cancéreux dans presque tous les organes et dans presque toutes les parties du corps.

Si nous passons aux *tumeurs fibro-plastiques*, c'est surtout pour elles qu'il est important d'enregistrer les faits qui se présentent à l'observation. Si en effet, dans la plupart des cas, on a pu poser en fait que ces tumeurs se comportaient comme les tumeurs épithéliales, si l'on a pu dire qu'elles étaient locales, qu'elles repullulaient sur place, il ne manque pas d'exemples maintenant où de semblables tumeurs se sont généralisées. On arrivera, je l'espère, à classer, anatomiquement et cliniquement, les caractères de chacune de ces variétés, mais jusqu'à présent bornons-nous à rapporter les faits tels que nous les connaissons. Ce que l'on peut affirmer, c'est qu'il existe des productions morbides dans lesquelles on retrouve un élément anatomique spécial, l'élément fibro-plastique, fibres, noyaux, etc., etc.

Dans l'une il s'agit d'une tumeur de l'extrémité inférieure du fémur opérée par M. Lenoir. Diagnostic : enchondrome, ostéochondrophyte, etc. L'amputation est pratiquée aussi haut que possible, bien au delà des limites du mal. L'examen de la pièce montre qu'elle est constituée par du tissu fibro-plastique, et de plus on a retrouvé de ces aiguilles osseuses qui étaient autrefois un des signes caractéristiques du cancer. — Depuis nous avons appris, par notre honorable président, que le jeune malade (18 à 20 ans) était guéri de son amputation, mais qu'il s'était montré d'autres tumeurs à la tête et probablement dans la région dorsale. C'est là encore un fait de généralisation de tumeurs fibro-plastiques.

M. Verneuil nous a présenté une tumeur fongueuse, située derrière l'articulation tibio-tarsienne, ayant son siège dans les gaines des tendons fléchisseurs des orteils et jambier postérieur, et il a rapproché de cette pièce les altérations analogues que l'on retrouve dans les maladies anciennes des bourses séreuses prérotuliennes, tendineuses, et aussi des bourses séreuses accidentelles, comme il arrive dans le cas de saillie de l'articulation métacarpo-phalangienne du gros orteil.

On retrouve aussi, dans ces fongosités, du tissu fibro-plastique. Or, il est des cas où l'on obtient des guérisons, à l'aide de diverses médications locales (fer rouge, cautères, vésicatoires, etc.), et générales (iodurées, ferrugineuses, toniques, etc.) ; des cas, au contraire, où il faut avoir recours à leur extirpation. — Il est assez curieux de suivre ce tissu fibro-plastique depuis les fongosités articulaires, tendineuses, etc., jusque dans les tumeurs qui se développent accidentellement dans telle ou telle région, depuis leur état le plus simple jusqu'à leur développement le plus affreux. Il y a encore là le sujet de recherches nombreuses, fécondes en conséquences pratiques.

Mais je ne veux pas quitter ce sujet sans dire un mot de l'utilité du microscope dans certains cas pour éclairer le diagnostic, et sans vous rappeler une autre communication de M. Verneuil qui résumera toute ma pensée.

Un malade, dans le service de M. Maisonneuve, portait à la partie postérieure du cou, et profondément située, une tumeur dont le diagnostic était difficile et incertain. Une ponction est faite : la petite parcelle qui est retirée avec le trocart est exa-

minée, et l'on trouve des noyaux fibro-plastiques. La tumeur est enlevée, examinée de nouveau, et l'on constate les mêmes éléments anatomiques.

Enfin *M. Vautrin* nous a présenté une *tumeur fibreuse de la cuisse*, grosse comme la tête d'un enfant, qui a été enlevée par *M. Malgaigne*; tumeur que l'on peut rapprocher des tumeurs fibreuses récidivantes des Anglais.

Productions parasites.

Les *hydatides* ont été observées dans toutes les parties du corps, dans presque tous les organes, dans le cerveau, le poumon, le foie, la rate, les reins, les testicules, dans les os, dans le tissu cellulaire sous-cutané, dans la mamelle, en un mot dans presque toutes les régions du corps. Chaque année nous avons à enregistrer plusieurs exemples de ces productions et l'on pourrait, en rapprochant tous les faits consignés dans nos Bulletins, réunir une riche et précieuse collection.

Nous devons à *M. Rombeau* un *kyste hydatique de la rate* d'un développement énorme; — à *M. Duchaussoy* un *kyste hydatique du foie* ouvert dans l'estomac pendant la vie. Le malade a rendu, par l'anus, des flocons blanchâtres, que l'on a parfaitement reconnus pour des débris d'hydatides; — à *M. Aubré* un *kyste hydatique* de chacun des deux *poumons*. Pendant la vie on avait observé des signes de tubercules et de pleurésie.

Cette présentation me conduit à vous parler d'une pièce, qui nous a été montrée par *M. Pinaut*, et d'un excellent rapport de *M. Houël*, sur cette observation. On trouve des hydatides dans le foie, dans la rate, le poumon; il ne reste presque plus de tissu pulmonaire, et l'on se demande comment, avec une pareille lésion, l'asphyxie n'a pas tué la malade plus promptement.

Ce que je dis pour le poumon je pourrais le dire aussi pour le cas où les reins ont été presque complètement envahis par des kystes multiples ou par des hydatides, alors qu'on n'observe presque aucun symptôme du côté des voies urinaires. Mais revenons à nos poumons.

Dans la pièce de *M. Pinaut*, les bronches ne s'ouvraient nulle part dans le kyste; dans celle de *M. Aubré*, le kyste communiquait en plusieurs endroits avec les bronches. L'une et l'autre

disposition s'observent quelquefois sur le même sujet, lorsqu'on rencontre plusieurs kystes, séparés dans le même organe, ou dans les deux poumons.

S'il est démontré que les hydatides sont enveloppées d'un kyste fibreux dans le foie, dans la rate, dans le rein, etc., il est admis par presque tous les auteurs que ces productions parasites sont entourées par le tissu même de l'organe dans le cerveau, le poumon, etc.

Or, déjà plusieurs fois, M. Houël avait observé un kyste d'enveloppe pour les hydatides du poumon, et ce fait est pour lui hors de doute maintenant, ainsi qu'il l'exprime nettement dans le rapport que je vous ai cité tout à l'heure : de façon que le cerveau serait le seul organe qui échapperait à la loi générale d'enkystement des hydatides.

Je ne m'arrêterai pas à la distinction des hydatides multiples ; je renvoie au compte rendu de M. Denucé et à une communication de M. Galliet, imprimée dans nos Bulletins.

Vous n'avez pas oublié, messieurs, la pièce que *M. Vautrin* a mise sous nos yeux, curieuse surtout à cause de sa rareté dans nos contrées.

Un malade qui arrivait de Bombay, où le *dragonneau* s'observe assez souvent, est entré dans le service de M. Malgaigne, présentant derrière le talon, entre le tendon d'Achille et la malléole, une élévation, rouge, semblable, quant à sa disposition, à une dilatation variqueuse. Cette tumeur s'était développée graduellement, lentement, et elle était le siège d'un prurit fatigant et incommodé. Le diagnostic ne fut pas longtemps incertain. On voyait le dragonneau qui remuait sous la peau, et chaque jour on s'apercevait qu'il avait fait une nouvelle migration. On extirpa en plusieurs fois 89 centimètres, et le malade sortit de l'hôpital un mois après son entrée ; il était parfaitement guéri.

Le dragonneau est vivipare ; il dépose ses petits sous la peau et ceux-ci se développent assez vite. Celui qui a été présenté par M. Vautrin était plat-rubané ; deux autres que M. Houël présente dans le musée sont arrondis. M. Robin a étudié ce ver, et il a constaté que c'était un dragonneau femelle, qu'il contenait plusieurs petits enroulés en cercle sur eux-mêmes et déjà assez longs.

Infection purulente. — Accidents suites de fièvre éruptive.
-- Otites.

J'ai placé dans un paragraphe spécial, afin de bien appeler l'attention sur elles, trois pièces qui ont passé sous nos yeux, dont deux reviennent à *M. Vidal* et la troisième à *M. Codet*.

Cette troisième pièce rappelle une présentation d'un de nos excellents collègues, *M. Galliet*, professeur à l'École de médecine de Reims; elle est relative à une scarlatine hémorrhagique du tube digestif.

Les deux autres sont des accidents survenus, comme complication, dans le cours des fièvres graves.

D'abord c'est une gangrène du pharynx, de la luette, d'une amygdale de l'épiglotte à la suite de scarlatine et d'angine pseudo-membraneuse, et qui doit être rapprochée d'une autre pièce dont j'ai fait mention en un autre endroit.

Ensuite c'est une observation relative à des altérations nombreuses, qui toutes ont été, pendant la vie du jeune malade, d'un diagnostic facile, et qui sont surtout remarquables par leur multiplicité et leur rareté. Les lésions ont eu aussi pour point de départ une fièvre éruptive, une rougeole, puis une scarlatine. Il est survenu successivement un coryza couenneux, une parotide, un abcès parotidien, une otite purulente suivie de la destruction des osselets de l'oreille, du nerf facial, de l'aqueduc de Fallope, d'une hémiplegie faciale, d'une phlébite des sinus de la base du crâne.

Cette observation me conduit tout naturellement à vous mentionner deux présentations sur des affections de l'oreille et quelques réflexions sur l'infection purulente.

M. Fano nous a montré une altération de l'oreille moyenne, caractérisée par une hypertrophie considérable du tissu osseux et surtout de l'apophyse mastoïde, une destruction de la corde du tympan, avec paralysie de la sensibilité tactile et gustative de la moitié de la langue du côté correspondant. Le facial était respecté et ses fonctions parfaitement conservées.

Nous devons à *M. Tassel* la description d'une pièce que nous avons pu examiner. La malade portait depuis fort longtemps une maladie de l'oreille moyenne. Il se faisait, par le conduit auditif

externe et par une fistule mastoïdienne, un écoulement purulent assez abondant. La malade succomba aux accidents d'une infection purulente, et l'autopsie vint démontrer qu'il existait un *tubercule du rocher*, bien enkysté, qui avait perforé la paroi supérieure et postérieure de la caisse du tympan et venait s'ouvrir dans le sinus latéral. Il avait déterminé une phlébite des sinus de la base du crâne rapidement mortelle.

L'infection purulente donne lieu aux phénomènes les plus singuliers. Quelquefois le malade succombe avec tous les accidents de cette maladie. A l'autopsie, on ne trouve pas de traces de lésion appréciable, pas de traces d'abcès métastatique, etc. J'ai vu chez M. Velpeau une série d'autopsies qui viennent à l'appui de cette proposition. D'autres fois c'est la présence des abcès métastatiques, leur développement, qui vient fixer un diagnostic encore incertain. J'ai vu encore dans la même année, chez M. Velpeau, plusieurs cas de ce genre, et je ne fais que donner, en deux mois, plusieurs leçons des cliniques du savant professeur de la Charité. Tantôt cette maladie emporte rapidement les malades, tantôt elle tue lentement; ici c'est l'infection purulente, là c'est l'infection putride : la pyoémie, la septicémie.

Mais il faut distinguer l'infection purulente de la diathèse purulente, les abcès métastatiques des abcès multiples. Dans un cas, c'est un accident, dans l'autre, c'est une affection générale.

M. Lorain nous a montré l'autopsie d'un enfant nouveau-né mort de *péritonite purulente* : on trouvait du pus dans une articulation, mais nulle part d'abcès métastatiques, nulle part de phlébite. Était-ce une infection purulente? Étaient-ce des abcès multiples? La seconde opinion me paraît préférable; mais qu'on lui donne telle ou telle interprétation, le fait reste intéressant.

Dans un autre fait de M. Lorain, c'était une plaie de tête avec dénudation, décollement et un vaste foyer en suppuration. Le malade est mort d'infection purulente; on a trouvé du pus dans le diploé, dans les sinus crâniens, dans le sinus longitudinal supérieur, et des abcès métastatiques dans les poumons.

Difformités, — monstruosités.

Je vous citerai d'abord un *pied-bot* totus et valgus, présenté par M. Isambert. Je n'y insiste pas, et je renvoie aux beaux

travaux de M. Broca publiés dans nos Bulletins et dans le compte rendu de mes prédécesseurs.

Puis, un muscle surnuméraire que nous a montré M. Boullard, et qui occupait la face dorsale de la main, allant de l'apophyse styloïde du radius et du ligament du carpe à la face interne du médius et se confondant avec le tendon extenseur.

Puis un autre muscle qui a été apporté par M. Fano, et qui rappelle le *sternalis brutorum*.

M. Foucher a insisté sur cette anomalie dans le compte rendu de l'année dernière, et cependant je reviens sur cette pièce en quelques mots. Cette anomalie n'est pas très rare : MM. Verneuil, Foucher, Denucé et moi-même nous en avons rencontré des exemples. Tantôt ce muscle croise ses fibres en X avec celles du sterno-mastoïdien et du grand pectoral du même côté, voire même du côté opposé. Notre président nous a cité un exemple fort curieux : Un malade est mort, dans son service, de cette maladie décrite sous le nom d'atrophie progressive des muscles ; il a pu suivre la marche et le développement de cette maladie, et alors que tous les muscles étaient successivement envahis, il a vu que la contractilité persistait dans quelques petits faisceaux musculaires au devant du sternum ; il a reconnu qu'il y avait là un de ces muscles surnuméraires, et l'autopsie a démontré que le diagnostic avait été bien posé.

Enfin un *fœtus monstrueux* dont nous devons la description à M. Houël. Ce monstre paraît se rattacher au genre des *hémimèles* d'Isidore Geoffroy Saint-Hilaire (développement incomplet des extrémités).

L'hémimélie est normale pour les membres supérieurs. Il existe une clavicule, une omoplate, un humérus, un appendice représentant l'avant-bras, une saillie osseuse correspondant au métacarpe, trois phalanges et un ongle bien conformé.

Pour les membres inférieurs tout change, et, comme le dit M. Houël, qui est si compétent en pareille matière, il n'existe pas d'exemple semblable dans la science. On trouve un sacrum, une symphyse pubienne, pas de trace des os coxaux, puis, à droite, un prolongement osseux et membraneux, et à gauche un simple prolongement membraneux qui remplaçait les membres. Du côté des viscères, le cœur repose sur le diaphragme dans sa place normale, mais le diaphragme manque à droite. Le foie est

à gauche, mais la vésicule biliaire est restée à sa place, en rapport avec l'arc du côlon ; de plus, on peut voir une invagination, une hernie du gros intestin par l'anus. La membrane séreuse sort avec l'intestin, ce qui prouve que c'est bien une hernie et non une simple invagination. Cette anse intestinale est facilement réductible.

Ce fait a été rapproché par M. Broca d'une présentation que nous lui devons (James Ledgewood) et dont il nous a donné une si belle description. Il avait combattu alors l'idée d'une amputation spontanée (comme le voulait Montgomery) et avait admis tout simplement que les parties qui manquaient n'avaient jamais été formées. Il y a eu aussi dans le cas présent aberration de formation.

Je rapporte ici une discussion fort intéressante qui a eu pour point de départ une étude de M. Broca sur les *cicatrices* des nègres. Si une fracture s'est produite, entre les deux bouts de l'os fracturé il se forme un cal dont la structure est celle du tissu osseux. Mais si la peau vient à éprouver une perte de substance, si les deux lèvres de la solution de continuité se réunissent, on ne retrouve dans le tissu de cicatrice ni papilles, ni glandules, ni poils, etc. ; telle est l'opinion généralement admise. Or, dans une cicatrice assez large, assez profonde, qui avait intéressé toute l'épaisseur du derme, M. Broca a trouvé des papilles plus petites, plus nombreuses, plus rapprochées que dans le reste de la peau. Il a cru voir aussi une glande sudoripare. M. Blondeau nous a fait voir un poil au milieu d'une cicatrice, suite de plaie par arme à feu. Ce n'est pas avec quelques faits isolés qu'on peut généraliser une loi comme celle-ci : reproduction dans les cicatrices des tissus qui ont été détruits avec leur structure normale. Mais si ces observations étaient confirmées, si de nouvelles recherches venaient appuyer celle-ci, ce serait un des faits les plus curieux de physiologie pathologique. M. Broca nous a dit ce qu'il avait observé, il ne veut pas affirmer d'une manière absolue que c'était bien dans le tissu cicatriciel, dans le tissu nouveau que se trouvaient les éléments qu'il a vus. MM. Verneuil et Houël ont contesté la valeur de ces faits. L'attention est au moins éveillée et, tôt ou tard, j'espère que, dans cette Société, on aura fixé les idées sur ce point.

Je touche à la fin du compte rendu de vos travaux. Vous avez

pu voir, messieurs, que les présentations n'ont pas manqué cette année, et que l'on peut dire, avec raison, que l'on ne sort jamais de la Société sans avoir appris quelque chose. Jamais aussi la Société n'a eu ses séances mieux remplies, jamais les membres ne se sont montrés plus empressés d'y assister.

Nous avons pu constater aux dernières élections que le cadre des membres est complet, et que nous avons eu le regret d'ajourner la nomination de candidats que nous voudrions pourtant compter parmi nous. Chaque jour nous voyons revenir d'anciens collègues qui vont rendre nos séances encore plus instructives, plus attrayantes.

Il suffit de jeter un coup d'œil sur le passé, sur nos travaux de chaque année, pour voir que la Société a pris dans la science une belle place, qu'elle ne perdra pas, grâce à votre activité.

La Société anatomique, messieurs, est chaque jour plus florissante : je suis heureux et fier de le constater, en vous remerciant de l'honneur que vous m'avez fait, en me nommant votre secrétaire.

TABLE DES MATIÈRES

CONTENUES

DANS LE TOME VINGT-NEUVIÈME.

A

- Abcès par congestion, 164.
- derrière le bas-fond de la vessie, 273.
- du médiastin, 243.
- dans le testicule, 135.
- Abdomen (tumeur cancéreuse de l'), 37.
- Accouchement (fracture du frontal dans l'), 138.
- Albumine, 173, 174, 213, 306.
- Amaurose, 378.
- Amputation partielle du pied, 106.
- d'un doigt, 337.
- du pouce, 274.
- sous-astragalienne, 56.
- Anévrisme de l'aorte, 335.
- artérioso-veineux, 298.
- du cœur, 318.
- Anomalie dentaire, 377.
- musculaire, 325.
- Ankylose du coude, 72.
- Antéflexion de l'utérus, 15, 18, 51, 373.
- Aorte (anévrisme de l'), 335.
- (dilatation de l'), 146, 171, 213.
- (perforation d'une valvule sigmoïde de l'), 271.
- (rétrécissement de l'orifice de l'), 209, 213, 271.
- (soudure de deux valvules sigmoïdes de l'), 271.
- (adhérences des valvules de l'), 119.
- Apoplexie méningée, 103, 127.
- placentaire, 141, 237.
- (perte de la parole), 144.
- du poumon, 199.
- de la rate, 366.

- Artères (ossification des), 200.
- coronaire (ossification de l'), 235.
- fémorale (ligature de l'), 246.
- radiale (blessure de l'), 290.
- Arthrite sèche, 59, 75, 165, 308.
- du genou, 267.
- vertébrale, 10, 287.
- Astragale (luxation de l'), 388.
- Atlas (carie de l'), 106.
- Atrophie des nerfs optiques, 378.
- de la rate, 15, 17.
- des reins, 76.
- Avant-bras (cancer de l'), 274.

B

- Bassin (fracture du), 297.
- Biliaire (gravelle), 9, 17.
- (inflammation de la vésicule), 245.
- (calcul), 336.
- Bouche (cancer du plancher de la), 137, 204.
- Bright (maladie de), 172, 174, 213.
- Bronches (dilatation des), 5.

C

- Cancer de l'abdomen, 37.
- de l'avant-bras, 274.
- du plancher de la bouche, 137, 204.
- diathèse cancéreuse, 300.
- de l'estomac, 5, 19.
- du foie, 102, 161.
- du larynx, 202.
- du gros intestin, 15.
- du maxillaire supérieur, 169.

Cancer du sein, 136.
 — du rectum, 330.
 — de l'utérus, 310, 339.
 Calcul biliaire, 336.
 — rénal, 330, 331.
 — vésical, 302.
 Carie de l'atlas, 106.
 Cerveau (hémorrhagie dans un ventricule du), 63.
 — (contusion du), 295.
 Cervelet (tubercule du), 104.
 Césarienne (opération), 401.
 Cicatrices des nègres, 166, 197.
 Circoncision, 298.
 Cœcum (perforation du cœcum par un lombric), 261.
 Cœur (anévrisme du), 318.
 — (endocardite), 119.
 — (caillot dans le), 242.
 — (dilatation du), 154.
 — (hypertrophie du), 146, 306, 213, 242, 271).
 — (maladies des valvules), 119.
 — (polypes du), 77.
 — (rupture du), 238.
 Côlon (ulcération du), 169.
 Coma (phénomène de) dans la maladie de Bright, 72, 174.
 Colloïde (tumeur — du sein), 142.
 — (— du scrotum), 243.
 Concrétion sur la valvule mitrale, 239, 242.
 — sur une valvule sigmoïde de l'aorte, 271.
 Contusion du cerveau, 275.
 Corne du gland, 235.
 Coronaire (ossification de l'artère), 235.
 Corps étrangers du coude, 59, 75, 139.
 — articulaires, 383.
 — fibreux de l'utérus, 103, 111, 141, 208, 332, 336, 401.
 — jaune, 373.
 Côtes (fractures des), 8.
 — (exostose des), 339.
 Coude (ankylose du), 172.
 — (corps étrangers du), 59, 75, 139.
 — (résection du), 207, 234.
 Crâne (amincissement des os du), 240.
 — (fracture du), 113, 214.
 — (perforation des os du), 337.
 — (plaie du), 372.
 Cuboïde (luxation du), 388.

D

Dilatation de l'aorte, 146, 171.
 — des bronches, 5.
 — du cœur, 154.
 Diathèse cancéreuse, 300.
 Déplacement d'un rein, 122.
 Dents (anomalie), 377.
 Diverticulum de l'intestin, 239.
 Dragonneau, 311.

E

Emphysème de l'intestin, 284.
 Endocardite, 119.
 Eschare gangréneuse du poumon, 169.
 Estomac (cancer de l'), 5.
 — (ulcère chronique de l'), 65.
 Exostose du fémur, 286.
 — entre deux côtes, 339.
 — syphilitique, 238.
 — sous-unguéale, 195.
 — des vertèbres cervicales, 69.

F

Facial (hémiplegie), 258.
 Fausses membranes de l'intestin, 60.
 Fémorale (ligature de l'artère), 246.
 Fémur rachitique, 144.
 — (fracture du), 238, 306, 310, 381.
 — (luxation du), 256, 263.
 — (exostose du), 286.
 Fistule œsophagienne, 238.
 — vésico-vaginale, 302.
 Fœtus monstrueux (hémimèle), 19.
 Foie (cancer du), 112, 161.
 — (hydatides du), 17, 406.
 — (kystes du), 17, 22, 23.
 Fosses nasales (kystes des), 377.
 — (polypes muqueux des), 9, 333.
 Frontal (fracture du), 138.
 Fracture du bassin, 297.
 — des côtes, 8, 288, 306.
 — du fémur, 7, 310.
 — du crâne, 113, 314.
 — du frontal, 138.
 — spiroïde du fémur, 297.
 — de la malléole interne, 359.
 — de la jambe, 45.
 — du radius, 236, 268, 385.
 — du rocher, 137.

G

- Ganglions, 235, 304, 305, 338.
 Gangrène du poumon, 169.
 — de la langue, de l'amygdale, etc., 260.
 Genou (arthrite du), 269.
 — (arthrite sèche du), 165.
 — (luxation congénitale des deux), 109.
 — (tumeur blanche du), 346.
 Gland (corne du), 235.
 Goutte, 148.
 Graaf (vésicules de), 138.
 Gravelle biliaire, 9, 17.
 Grenouillette (tumeur érectile simulant une), 302.
 Grossesse extra-utérine, 390.

H

- Hémimélie, 13.
 Hématocèle scrotale, 193, 374.
 — rétro-utérine (grossesse extra-utérine) 390.
 Hématurie, 286.
 Hémiplégie faciale, 258.
 Hémorrhagie dans les ventricules cérébraux, 63.
 Hernie de la trompe, 72.
 — ombilicale, 265.
 Hydatides du foie, 17, 406.
 — du poumon, 244, 330, 406.
 — de la rate, 341, 406.
 Hydrocèle avec épaississement, 71.
 Hydrothorax double, 209.
 Hypertrophie du cœur (Voy. cœur), 372.
 — mammaire, 101, 200, 301.

I

- Infection purulente, 200.
 Inperforation du rectum, 109.
 Intestin (cancer du gros), 15.
 — (emphysème de l'), 284.
 — (diverticulum de l'), 239.
 — (fausse membrane de l'), 60.
 — (perforation de l'), 330.

J

- Jambe (fracture compliquée de la), 45.

K

- Kystes du foie, 17, 22, 23.

- Kystes de l'ovaire, 15, 55, 370.
 — de l'intestin, 136.
 — à l'entrée des fosses nasales, 377.
 — des reins, 44.
 — du tibia, 19.
 — pileux de l'ovaire, 105, 152, 265.
 — pileux du sourcil, 2.
 — purulent de la vessie, 20.

L

- Langue (lipôme de la), 349.
 Larynx (ulcération du), 54.
 — (cancer du), 202.
 Laryngite pseudo-membraneuse, 24.
 Ligature de la fémorale, 146.
 — de la radiale, 190.
 Lipome de la langue, 349.
 Lombric (perforation du cœcum par un) 261.
 Luette (végétation sur la), 2.
 Luxation de l'astragale, 388.
 — du cuboïde, 388.
 — congénitale des deux genoux, 109.
 — du fémur, 256, 263.
 — de la rotule, 40, 267.
 — du pied, 359.

M

- Main (muscle surnuméraire de la), 9.
 Maladie de Bright, 172.
 Mamelle (hypertrophie de la), 104, 202, 301, 372.
 Maxillaire supérieur (cancer du), 169.
 — inférieur (nécrose du), 235.
 Méninges (apoplexie dans les), 103, 127.
 Médiastin (abcès du), 243.
 Mitrale (concrétion de la valvule), 239.
 — (rétrécissement de la valvule), 184.
 Monstruosité (fœtus-hémimélie), 13.
 Muscle surnuméraire de la main, 9.
 — anomalie, 325.

N

- Nasal (oblitération du canal), 345.
 Nécrose du fémur, 306.
 — du maxillaire inférieur, 235.
 — de quelques os de la tête, 234.
 Néphrite, 133.
 Névromes, 22, 135.

O

- Oblitération du canal nasal, 345.
 — de la veine cave supérieure, 61.
 Œdème (absence d') dans la maladie de Bright, 172, 174.
 Œsophage (fistule de l'), 238.
 Ongle (exostose sous l'), 195.
 Optiques (atrophie des nerfs), 378.
 Organes génitaux (vices de conformation des), 134.
 Orifices du cœur. (Voy. cœur, aorte, mitrale.)
 Os (tubercules enkystés des), 164.
 — (amincissement des os du crâne), 240.
 Ossification des artères, 200.
 Ostéite chronique, 108.
 — (ostéo-myélite, 233, 377.
 Otite couenneuse, 258.
 Ovaires (kystes de l'), 15, 55, 152, 370.
 — volumineux, 55.
 — (kyste pileux de l'), 2, 15, 265.
 — (tumeurs fibro-plastiques de l'), 140.
 Ozène syphilitique, 345.

P

- Parole (perte de la), 127, 144.
 Pemphigus syphilitique, 47.
 Périostite générale, 75.
 Péritonite purulente, 200.
 Péricardite, 13, 242.
 Perforation du cœur, 261.
 — des os du crâne, 337.
 — intestinale, 330.
 Phlébite des sinus crâniens, 276.
 — des veines rénales, 321.
 — de la veine splénique, 366.
 Phlegmon rétro-utérin, 28.
 Phimosis, 298.
 Placenta (apoplexie du), 141, 237.
 Pied (amputation partielle du), 106.
 — bot, 240.
 — (luxation du), 359.
 Polypes du cœur, 77.
 — naso-pharyngiens, 57.
 — muqueux des fosses nasales, 9, 334.
 Poumon (apoplexie du), 199.
 — (eschare gangréneuse du), 169.
 — (hydatides du), 241, 330, 406.
 — (rupture de l'aorte dans les), 171.
 — (tubercules miliaires dans les), 47.
 Pyélo-néphrite, 133.

R

- Rate (atrophie de la), 15, 17.
 — (apoplexie de la), 366.
 — (hydatides de la), 341, 406.
 — (tubercules miliaires de la), 17.
 Radiale (blessure de la) 190.
 Radius (fractures du), 236, 268, 335.
 Rectum (cancer du), 330.
 — (imperforation du), 109.
 — (polypes du), 135.
 Reins (altérations multiples, phlébite), 321.
 — (anomalie des), 334.
 — (atrophie du), 76.
 — (calcul du) 330, 331.
 — (maladie, goutte), 148.
 — (déplacement des), 123.
 — (hémorrhagie dans les), 59.
 — (kystes des), 144.
 — (tubercules dans les), 19, 30, 74, 123, 246.
 Résection du coude, 207, 234.
 Rétrécissement de l'orifice mitral, 184.
 — de l'intestin, 163, 187, 330.
 Rétroversion de l'utérus, 75.
 Rocher (fracture du), 137.
 — (tubercules du), 276, 302.
 Rotule (luxation de la), 40, 109, 267.
 Rougeole (accidents suite de), 258.

S

- Saphène interne (varice de la), 168.
 Scarlatine hémorrhagique, 10, 59.
 — (accidents suite de), 258, 260.
 Sciatique poplitée externe (névrome du nerf), 12.
 Scrotum (hématocèle dans le), 193, 374.
 — (tumeur colloïde dans le), 243.
 Séquestre du fémur, 306.
 Sein (hypertrophie du) 101, 200, 301, 372.
 — (cancer atrophique du), 136.
 — (tumeur colloïde du), 142.
 Sinus crâniens (phlébite des), 276.
 Spina ventosa, 337.
 Sourcil (kystes pileux des), 2.
 Syphilis des nouveau-nés, 47.

T

- Temporal (fracture du), 137.
 — (tubercule du), 276, 302.

Testicule (cancer du), 75, 332, 340.
 — (tubercule du), 134, 162, 331.
 — (abcès du), 135.
Tibia (kystes du), 19.
Trachée (tumeur ganglionnaire derrière la), 269.
Trachéotomie, 54, 105, 244, 270.
Trépanation, 314.
Trompe (hernie de la), 72.
 — (kyste de la), 370.
 — — (tubercules des), 142.
Tubercules dans la colonne vertébrale, 39.
 — du cercelet, 104.
 — enkystés des os, 164.
 — miliaires des poumons et de la rate, 16, 17.
 — du rein, 19, 39, 74, 123, 246.
 — du rocher, 270, 302.
 — dans les trompes utérines, 143.
 — dans la vessie, 73.
Tumeur cancéreuse dans l'abdomen, 37.
 — colloïde du sein, 142.
 — colloïde du scrotum, 243.
 — érectile, 301, 302.
 — blanche du pied, 326.
 — blanche du genou, 340.
 — fibro-plastique, 324.
 — — du fémur, 262.
 — — du pied, 326.
 — — des ovaires, 140.
 — fibreuse de la cuisse, 237.
 — des ganglions bronchiques, 269.
 — hydatique du foie, 17.
 — lymphatique de la verge, 2.
 — des piliers du voile du palais, 1.
Tunique vaginale (épaississement de la), 71.
Thymus (syphilis), 47.
 — (persistance du), 55.
Thyroïde (tumeur du corps), 336.
Ulcère chronique de l'estomac, 65.
Ulcération du côlon, 169.
 — du larynx, 54.
Urètre (oblitération de l'), 340.

U

Urètre (valvules dans le canal de l'), 137, 166.

Urètre (rétrécissement du canal de l'), 163, 187, 330.
 — (orifice vésical de l'), 268.
 — (fausse route dans l'), 372.
Utérin (phlegmon rétro-), 28.
Utérus (antéflexion de l'), 15, 48, 51, 373.
 — bicorné, 9.
 — (cancer de l'), 310, 339.
 — (absence apparente d'), 136.
 — double, 222.
 — (rétroversion de l'), 75.
 — (kyste globuleux de l'), 136.
 — (tumeur fibreuse de l'), 103, 111, 141, 208, 332, 336, 401.
 — très long, 136.

V

Valvules de l'artère pulmonaire (anomalie des), 184.
 — du cœur (Voy. *orifices*).
 — dans le canal de l'urètre, 37, 166.
Vagin double, 106, 222.
 — (vice de conformation du), 111.
Varices du col de la vessie, 286.
 — de la saphène interne, 168.
Ventricule cérébral (hémorrhagie dans le), 63.
 — gauche du cœur (dilatation du), 209.
Végétation sur la luette, 1.
Veine cave supérieure (oblitération de la), 61.
Verge (tumeur lymphatique de la), 1.
Vertèbres cervicales (exostose des), 69.
 — (carie de la première), 106.
 — (tubercules dans les), 39.
Vertébrale (arthrite), 10, 237.
Vessie (abcès derrière le bas-fond de la), 273.
 — (orifice uréthro-vésical de la), 268).
 — (kystes purulents de la), 20.
 — (tubercules de la), 73.
Vésicule de Graaf, 138.
 — biliaire (inflammation de la), 245.
Voile du palais (tumeur du), 1.
Valve (écoulement sanguin par la), 306.

LISTE

DES

TRAVAUX ORIGINAUX, OBSERVATIONS ET MÉMOIRES.

- Alby*. Vice de conformation de l'utérus, 115.
Bailly. Oblitération de la veine cave supérieure, 61.
— Kyste de l'ovaire, 152.
Barnier. Oblitération du canal nasal, 345.
Barth. Apoplexie de la rate, 366.
Bastien. Lipome de la langue, 349.
— Luxation du pied, 359.
— Atrophie des nerfs optiques, 378.
Bauchet. Plaie de l'artère radiale, 190.
— Hématocèle scrotale, 193, 374.
— Exostose sous-unguéale, 195.
Bidart. Luxation du fémur, 256.
Blin (Louis). Endocardite, 119.
Boscredon. Affection cardiaque, 184.
Boullard. Kystes du foie, 23.
Caron. Polypes du cœur, 77.
— Ligature des artères, 249.
Charcot. Maladie de Bright, 178.
Chairou. Apoplexie, perte de la parole, 127.
— Hypertrophie du cœur, 146.
— Maladie des reins (goutte), 148.
Cadet. Laryngite pseudo-membraneuse, 14.
Décès. Utérus double, arrêt de la menstruation, 222.
Duclos. Anévrysme du cœur, 154.
Foucher. Corps étrangers articulaires, 383.
— Luxation de l'astragale, du cuboïde, 388.
Gallard. Grossesse extra-utérine, 390.
— Tumeur fibreuse de l'utérus, opération césarienne, 401.
Goupil. Vices de conformation de l'utérus, 227.
Guyon. Exostose du fémur, varices vésicales, 286.

- Houël*. Rapport sur le travail de M. Pinaut, 411.
Lidgeois. Épanchement crânien, trépanation, 314.
Luyt. Ligature de l'artère fémorale, 146.
Ornellas. Maladie de Bright, 172.
Parisot. Tumeur blanche tuberculeuse du genou, 346.
Parmentier. Ulcère chronique simple de l'estomac, 65.
Perret. Maladie des reins (tubercule, déplacement), 123.
Pinaut. Hydatides du poumon, de la rate, du foie, 406.
Rombeau. Hydatides de la rate, 341.
Rossen. Anévrysme du cœur, 318.
Tassel. Tubercule du rocher, 276.
— Emphysème de l'intestin,
Vautrin. Phlegmon rétro-utérin, 28.
— Dragonneau, 311.
Vidal. Angine gangréneuse, suite de scarlatine, 258.
— Rougeole scarlatine, otite, hémiplegie faciale, etc., 260.
— Phlébite des veines rénales, 321.
Vulpian. Deux affections cardiaques, 209, 113.
-

NOMS

DES

PRÉSENTATEURS DE PIÈCES OU OBSERVATIONS

MENTIONNÉS DANS CE VOLUME.

-
- | | |
|---|---|
| Alby, 115. | Gemouville, 141, 161. |
| Ansiaux, 163. | Giraldès, 298. |
| Aubré, 136, 241. | Godard, 134, 136, 137, 331. |
| Axenfeld, 28. | Goupil, 37, 105, 227, 269, 270. |
| Bailly, 15, 19, 61, 152, 261. | Guyon, 286. |
| Barnier, 315, 373. | Guyot, 111, 133, 134, 165, 187, 234. |
| Barth, 5, 202, 366. | Henry, 106. |
| Blain des Cormiers, 17, 59, 164. | Houël, 3, 273, 411. |
| Blin (Louis), 11, 39, 106, 119, 169, 186, | Ieambert, 102, 240, 306. |
| 300, 324. | Jessé, 44, 310. |
| Bastien, 349, 359, 378. | Leplat, 337. |
| Bauchet, 9, 35, 103, 374. | Liégeois, 140, 314, 330. |
| Bidart, 256. | Lorain, 55, 56, 57, 135, 169, 200, 243. |
| Bonfils, 340. | Luys, 235, 238, 246. |
| Boscredon, 184, 332, 370. | Marcé, 144, 147, 151, 200, 293, 295. |
| Boullard, 9, 15, 16, 17, 22, 55, 70, 75, | Milard, 45. |
| 136, 166, 356. | Ornellas, 172, 174. |
| Broca, 8, 60, 298, 306, 372. | Parmentier, 65, 75, 204, 263, 331, 332. |
| Caron, 77, 235, 249. | Parisot, 346. |
| Caudmont, 163, 266. | Perret, 205, 123. |
| Charcot, 178, 216. | Perrin, 19, 20. |
| Chairou, 127, 146, 148. | Pibret, 331. |
| ChARRIER, 138, 288, 240, 372, 373. | Pinaut, 406. |
| Chassaignac, 301. | Prost, 5, 238. |
| Cadet, 10, 24. | Provent, 238. |
| Cruveilhier, 272, 308, 338. | Rombeau, 7, 341. |
| Décès, 222, 265. | Rossen, 318. |
| Demarquay, 204. | Rouget, 274. |
| Denucé, 162. | Tainturier, 40. |
| Depaul, 47, 48, 54, 237. | Tarnier, 106, 108, 109, 199. |
| Desnos, 239, 301. | Tassel, 270, 276, 284, 330, 335. |
| Dolbeau, 71, 72, 274, 304, 336, 337. | Titon, 235. |
| Duclos, 154, 200. | Trélat, 8, 105. |
| Duchaussoy, 17, 138, 239, 242. | Vautrin, 28, 237, 311. |
| Dufour, 1, 2. | Verneuil, 9, 22, 73, 74, 101, 135, 190, |
| Fano, 135, 141, 302, 325, 334, 336. | 193, 195, 199, 262, 301, 326, 334, |
| Fénerly, 336. | 337, 339. |
| Frémineau, 267. | Vidal, 103, 243, 245, 246, 258, 260, |
| Forget (Eugène), 306. | 271, 321. |
| Foucher, 59, 143, 144, 168, 233, 235, | Voisin, 63, 75, 76. |
| 236, 265, 268, 304, 305, 334, 383, | Vulpian, 209, 213. |
| 385. | Warmont, 237. |
| Gallard, 237, 144, 390, 401. | Wieland, 171. |
-

ERRATA.

- P. 4, lig. 5, en descendant, *effacez* : en travers.
46, lig. 14, en descendant : supérieur, *lisez* : inférieur.
46, lig. 20, en descendant : dedans, *lisez* : dehors.
108, lig. 4, en remontant : Choppart, *lisez* : Chopart.
111, lig. 13, en descendant : Wultzer, *lisez* : Wutzer.
123, lig. 14, en descendant : pyélita, *lisez* : pyélite.
127, lig. 2, en descendant : à la peau, postérieure, *lisez* : à la partie postérieure.
164, lig. 9, en descendant : Chacot, *lisez* : Charcot.
164, lig. 6, en remontant : ungéalé, *lisez* : unguéale.
169, lig. 4, en descendant : eschare, *lisez* : escharre.
170, lig. 9, en remontant : sains, *lisez* : saines.
189, lig. 4, en remontant : peu, *lisez* : un peu.
195, lig. 4, en descendant : au bout de six semaines, *lisez* : au bout de quatre semaines.
195, lig. 14, en remontant : ungéale, *lisez* : unguéale.
228, lig. 15, en descendant : Thiemann, *lisez* : Thielmann.
238, lig. 8, en remontant : disphagie, *lisez* : dysphagie.
289, lig. 9, en remontant : ces, *lisez* : ses.
304, lig. 7, en remontant : sixième orteil, *lisez* : quatrième orteil.
-

2

UNIVERSITY OF MICHIGAN



3 9015 05941 7300

